

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Février 1896, à 1 heure

PAR

Jean RABINEAU

Né à Riaillé (Loire-Inférieure), le 10 août 1869

Ancien préparateur d'anatomie pathologique et de bactériologie
à l'Ecole de Nantes

Interne de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris

DE LA

LIPOCÈLE VÉSICALE

SIMULANT UNE HERNIE INGUINALE

DE

L'INTESTIN ET DE L'ÉPIPILOON

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
HUTINEL { *Agrégés.*
ALBARRAN {

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

152

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Février 1896, à 1 heure

PAR

Jean RABINEAU

Né à Riaillé (Loire-Inférieure), le 10 août 1869

Ancien préparateur d'anatomie pathologique et de bactériologie
à l'Ecole de Nantes

Interne de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris

DE LA

LIPOCÈLE VÉSICALE

SIMULANT UNE HERNIE INGUINALE

DE

L'INTESTIN ET DE L'ÉPIPLOON

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
HUTINEL } *Agrégés.*
ALBARRAN

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

152

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	TOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BE GER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARBIN.	MENEFRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien à l'Hôpital Necker, Membre de l'Académie de Médecine
et de l'Académie
des Sciences, Officier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554011_0040

DE LA LIPOCÈLE VÉSICALE

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par un cas dont nous avons été témoin dans le service de notre maître, le Docteur Le Bec.

Il s'agissait d'un homme, entré à l'Hôpital Saint-Joseph, pour une hydrocèle ayant le volume du poing. En même temps que de cette hydrocèle, il se plaignit d'une petite hernie inguinale droite dont le début remontait à trois ans. La pression du bandage lui étant devenue douloureuse, il nous pria de le débarrasser de sa hernie, en même temps que de son hydrocèle.

L'hydrocèle fut traitée par la cure radicale, et l'opération ne présenta rien de particulier. Il n'en fut pas de même de la hernie.

Après incision de la peau, on tomba sur une masse grasseuse, parfaitement isolable, globuleuse, grosse comme un petit œuf de poule. On dilacéra cette masse grasseuse, pour y chercher le sac.

Après bien des tâtonnements, on crut avoir trouvé le

sac, dissimulé au-dessous de la graisse. On le traita comme tel, et on réséqua la masse graisseuse.

Deux heures après l'opération, le malade avait une hématurie très abondante qui persista jusqu'au lendemain. La vessie herniée avait été blessée au cours de l'intervention. Nous nous reprochâmes de n'avoir pas suffisamment interrogé le malade avant l'opération. Les renseignements qu'il nous donna plus tard sur les troubles auxquels donnait lieu sa hernie nous auraient fait au moins soupçonner la cystocèle. De plus, si nous avions connu les observations, rares à la vérité, qui ont été publiées sur ce sujet, nous aurions dû, au cours de l'opération, nous défier de cette masse graisseuse qui dissimulait un diverticule de la vessie, et qui n'était autre chose que la lipocèle prévésicale signalée par Lucas Championnière, Berger, Monod et Delagénère, Delorme.

Notre but, dans ce travail, est de faire ressortir les signes qui permettront quelquefois avant l'opération de diagnostiquer la hernie du lipome prévésical, et d'étudier spécialement les caractères de cette masse graisseuse qui, pendant une cure radicale de hernie, devra faire craindre au chirurgien la présence de la vessie.

Après avoir exposé le rôle pathogénique que Monod et Delagénère font jouer au lipome herniaire de la vessie, dans la formation de la cystocèle.

Nous rechercherons, d'après l'avis des chirurgiens qui se sont occupés de la question, quel traitement il convient d'appliquer à la lipocèle prévésicale ; enfin nous nous demanderons quelle conduite il faut tenir, lorsque, ayant

blessé la vessie, on ne s'aperçoit de son erreur qu'après l'opération.

Avant d'entrer en matière, nous adressons de vifs remerciements à tous nos maîtres des Hôpitaux de Nantes et de Paris. A Monsieur le Professeur Guyon, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous exprimons toute notre reconnaissance.



CHAPITRE PREMIER

Historique

Le sujet que nous traitons a été peu étudié. Les livres classiques de chirurgie, à l'article cystocèle, mentionnent à peine la lipocèle vésicale.

Ni dans la thèse de La Barrière, en 1881, sur la cystocèle inguinale ; ni dans la thèse d'agrégation de Duret, en 1883, sur les hernies inguinales rares, l'attention n'est attirée sur ce point particulier.

Toutefois, en 1853, dans une observation de Duchaussoy, que nous rapportons dans notre thèse, on trouve signalée une masse graisseuse, du volume d'une grosse noix, située à l'extrémité inférieure de la vessie.

A la même époque, Monsieur Constant Perrin, dans un cas de cystocèle secondaire, décrit autour de la vessie herniée une couche de graisse adhérente très épaisse.

Plus tard Broca, interne de Guyon, trouve à l'autopsie d'un homme ayant succombé à des accidents d'étranglement herniaire, sous le sac renfermant l'intestin sphacélé, une masse graisseuse de consistance molle, se prolongeant

par un pédicule un peu rétréci dans le trajet inguinal, et se continuant avec la face antérieure de la vessie.

Berger, en 1882, rencontre, au cours d'une cure radicale, une masse graisseuse qu'il prend pour de l'épiploon, masse recouvrant une bosselure gris-noirâtre qu'il croit être le cœcum, et qui n'était autre chose que la vessie.

Lucas-Championnière, sur 375 opérations de cure radicale de hernie, ne trouve que deux fois, en 1887, cette même masse graisseuse adhérente à la vessie qu'il déchire accidentellement.

Monod et Delogénère, en 1889, rapportent une observation très intéressante de lipocèle vésicale simple. Le lipome affectait la forme très spéciale d'un chapeau de gendarme implanté sur la vessie à l'union des faces antérieure et latérale. Ils publient, dans la *Revue de Chirurgie*, un travail très important sur le lipome herniaire de la vessie, auquel ils attribuent un rôle pathogénique considérable, dans le mécanisme de la déformation des cystocèles.

En 1890, Reverdin trouve le lipome dans une cure radicale de hernie inguinale, chez une femme.

Hédreich, en 1890, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, cite trois observations : celle de Duchaussoy et deux autres de Bœckel, ayant trait au même sujet.

En 1892, paraît la thèse de Bourbon, qui mentionne, sans y insister, la lipocèle vésicale.

L'observation de Delorme paraît en 1893. A la même époque, dans la *Revue de Chirurgie*, Lejars étudie la hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie, et consacre quelques lignes à la lipocèle prévésicale.

Demoulin, dans un mémoire très important paru dans l'*Union médicale*, traite spécialement de la conduite à tenir lorsque, ayant blessé la vessie au cours d'une cure radicale de hernie, on ne s'aperçoit de la faute commise qu'après l'opération.

Enfin, notre observation est la dernière en date, puisque le malade qui en est l'objet, n'a été opéré qu'à la fin de décembre 1895.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Lipocèle vésicale simple. — Diverlicule vésical traité comme un sac herniaire. — Guérison sans fistule veineuse.

Le nommé R... Jean-Baptiste, entre à l'Hôpital Saint-Joseph, service de M. le docteur Le Bec, le 11 décembre 1895, pour une hydrocèle gauche ayant le volume du poing et dont le début remonte à un an.

Porte un bandage depuis 3 ans, sur les conseils d'un médecin, pour une hernie inguinale droite survenue tout-à-coup : près un effort. On constate effectivement à droite un écartement des piliers qui permet l'introduction facile du médium. Sous l'influence de la marche, des efforts de toux, apparaît la hernie, grosse comme un tout petit œuf de poule, de consistance molle, fiévreuse, très réductible.

Le bandage le fait beaucoup souffrir depuis quelque temps,

bien qu'il n'y ait pas trace d'irritation au niveau de l'anneau. C'est pour cette raison qu'il demande à être opéré de sa hernie en même temps que de son hydrocèle. On l'opère le 20 décembre au soir.

Opération. — L'hydrocèle fut traitée par la cure radicale et cette opération ne présenta rien de particulier.

Hernie. — Incision de 5 centimètres environ, dont le milieu correspond à l'orifice inguinal externe. Après la discision, à la sonde cannelée de quelques couches fibreuses, on arrive sur la hernie. Elle est attirée au dehors avec la plus grande facilité. La tumeur est grasseuse, lisse, arrondie. Sa consistance est ferme. On cherche à la pédiculiser, mais plus on l'attire, plus, semble-t-il, elle va s'élargissant. On cherche à se rendre compte des rapports qu'elle affecte avec les éléments du cordon. Ceux-ci ne lui sont pas accolés. La tumeur n'est pas adhérente aux tissus voisins. A l'aide de la sonde et de la pince, on cherche le sac au sein de la masse grasseuse. Mais la discision étant pénible, M. Le Bec divise la tumeur à petits coups de ciseaux. Il existe des lamelles fibreuses consistantes qui donnent souvent l'illusion d'un sac divisé ; mais l'exploration avec la sonde ne permet pas de trouver d'orifice ; et d'ailleurs on s'aperçoit que ces lamelles sont disséminées dans toute l'épaisseur du lipome. Ne trouvant pas de sac, et croyant à une masse grasseuse accidentelle, à un lipome herniaire dont il ne soupçonnait pas les rapports, M. Le Bec se décide à le réséquer par morcellement. Au cours de ce morcellement, on aperçoit tout-a-coup, inférieurement situé par rapport à la masse grasseuse, mais lui adhérent, quelque chose de membraneux qui pourrait bien être le sac.

D'un coup de ciseau on l'ouvre. Aucun liquide ne s'écoule. La sonde, introduite par l'orifice se dirige profondément vers la cavité abdominale. La paroi de ce qu'on croit être le sac herniaire est d'une minceur et d'une friabilité telles que la plus

petite traction la déchire. De plus elle est très saignante. Sa face interne est violacée.

On procède comme il est indiqué dans la cure radicale des hernies. Une ligature au catgut est appliquée le plus loin possible sur le prétendu sac, dont on résèque deux centimètres environ.

Immédiatement après section, la ligature disparaît par l'orifice inguinal.

On termine par la suture des piliers à la soie et de la peau au crin de florence.

21 décembre matin. — On nous fait appeler auprès de ce malade, et on nous montre un vase plein de sang que le malade a uriné pendant la nuit. Cette hématurie, évaluée à 1,200 gr. environ, a débuté une heure après l'opération et s'est prolongée toute la nuit. L'infirmier de nuit a omis d'en prévenir l'interne de garde, étant très occupé près d'un autre malade.

L'opéré est anxieux; la respiration est fréquente, le pouls petit et rapide. Température 37° 3. Il souffre, et a beaucoup souffert tout le temps qu'a duré l'hématurie. Actuellement il n'urine pas. La matité vésicale remonte à 5 travers de doigt au-dessus du pubis. Evidemment la vessie, maintenant distendue par les caillots, a été blessée au cours de l'opération. Nous l'interrogeons, et nous lui demandons s'il n'avait pas eu de troubles de la miction, avant son opération. Il nous donne alors ces détails, qu'il nous a confirmés plus tard quand son état fut plus satisfaisant.

Il portait un bandage depuis trois ans; et ce bandage maintenait difficilement sa hernie. Exerçant la profession de menuisier, son bandage se déplaçait souvent, à la suite des mouvements qu'il était obligé d'imprimer au tronc pour pousser le rabot. Quand la pelote du bandage était exactement appliquée sur l'anneau inguinal, il ne souffrait pas pour uriner. Mais le

bandage était-il déplacé, la tumeur apparaissait aussitôt. Il éprouvait alors, au début de la miction, une douleur vive dont le maximum siégeait au niveau de la hernie, et qui s'irradiait dans le bas-ventre et le flanc droit. Cette douleur disparaissait avec la hernie, qui s'affaissait après le premier jet d'urine. Instinctivement le malade portait la main à l'aîne, et comprimait la tumeur, quand il voulait uriner. Il n'observa jamais d'arrêt brusque du jet.

Les révélations du malade, l'hématurie dont nous étions témoin ne laissèrent plus aucun doute dans notre esprit. Ce que nous avions pris pour un sac péritonéal, c'était la vessie.

Une sonde molle est introduite dans la vessie ; rien ne s'écoule. Quelques gouttes d'acide borique sont injectées : le liquide ressort rouge. On laisse la sonde à demeure.

Injection de 80 grammes de sérum artificiel. Champagne, glace sur le ventre.

Soir : temp. 36° 9. Langue sèche, l'oppression est grande, le pouls très fréquent et petit. Par la sonde s'est écoulée de l'urine sanglante avec des caillots. Nouvelle injection de 60 grammes de sérum.

22. Matin : température 37° 2. Légère amélioration de l'état général, dyspnée moins considérable. pouls meilleur. Cependant la langue est toujours sèche, quelques nausées, qu'on met sur le compte du chloroforme.

Par la sonde s'est encore écoulée une certaine quantité d'urine sanguinolente avec des caillots. La matité vésicale qui était de 5 travers de doigt, n'est plus que de 2 travers de doigt à peu près au-dessus du pubis. Le malade ne souffre presque pas.

La sonde, trop petite, est remplacée par une autre plus grosse.

Soir à 3 heures. L'état général s'est subitement aggravé.

Une nouvelle hématurie, de 300 grammes environ, a suivi l'introduction de la nouvelle sonde.

Température : 38° 3, pouls rapide, accélération des mouvements respiratoires, langue sèche, ventre ballonné, non douloureux, cependant. Quelques vomissements.

Injection de 60 grammes de sérum. On continue la glace sur le ventre. Champagne, eau de Vichy.

A 7 heures, amélioration très notable. Température 37° 3. Injection de 40 grammes de sérum.

23. Matin, temp. 37° 4. Le ventre est un peu moins ballonné, mais la langue est très sèche, et le pouls toujours rapide. La matité vésicale a presque disparu. L'urine, fortement teintée par le sang, s'écoule bien, avec quelques caillots.

Lavage de la vessie avec l'acide borique : le liquide ressort rouge ; des caillots obstruent de temps en temps l'orifice de la sonde.

Injection de 40 grammes de sérum. On continue le champagne, bouillon, grogs.

Soir, temp. 37° 6. Le malade éprouve un grand soulagement. Le ventre n'est plus ballonné, la langue est devenue humide, la respiration est normale, et le pouls est meilleur. L'urine est moins colorée. Injection de 30 grammes de sérum.

24. Temp. 37° 3. Le mieux se maintient : Lavage de la vessie à l'eau boriquée, pour lequel le malade n'accuse pas de douleur. Le liquide revient par la sonde légèrement teint par le sang, et entraînant quelques caillots fibrineux.

Soir, temp. 38°. Aucune particularité à noter, le malade ne souffre pas. L'urine qui s'est écoulée par la sonde est encore sanguinolente : de plus elle a une forte odeur ammoniacale.

Lavage de la vessie. — 4 gramme de salol en 2 paquets.

25, matin, température 37° 2. La sonde, un peu altérée, est remplacée. L'urine est moins rouge. L'état général est bon.

Lavage à l'eau boriquée. — Pendant ce lavage on est obligé de retirer plusieurs fois la sonde que viennent oblitérer de petits caillots fibrineux.

Soir, température 37°7. Lavage de la vessie, qu'on fait d'ailleurs régulièrement 2 fois par jour.

26, Matin, température 37°2. L'urine toujours un peu rouge, ne renferme pas de caillots. L'eau du lavage ressort claire.

Soir, 37°8.

27, Matin, température 37°2.

Soir, 37°8. La sonde étant sortie par suite de l'engagement de petits caillots fibrineux qui en oblitérent la lumière, on lui remet une sonde nouvelle. Les dernières gouttes d'urine qui viennent sont un peu purulentes. De nombreux caillots imprégnés de sels phosphatiques sortent pendant le lavage.

28, Matin, 37°2. La sonde est encore sortie pendant la nuit. Le malade souffre de sa vessie distendue par l'urine. Le lavage à la sonde est douloureux ainsi que la miction.

Les urines sont manifestement purulentes. Le lavage de la vessie est pénible, en raison des caillots qui l'obstruent à chaque instant. Cependant l'état général reste bon, et le malade commence à manger.

6 capsules de térébentine. Benzoate de soude 2 grammes (2 cachets).

Soir, 38°.

Le malade souffre, sa vessie est distendue, et la sonde a encore une fois été expulsée. Urines toujours purulentes. Miction et lavage douloureux.

29, Matin, température 38°2. La langue est sèche ; mais le pouls n'est pas fréquent. L'urine de la nuit est riche en mucus, avec odeur ammoniacale. La vessie n'est pas douloureuse à la pression, mais le malade souffre pendant la miction et le lavage.

On enlève les fils des plaies scrotale et inguinale : la réunion est parfaite aussi bien au scrotum qu'au niveau de la hernie.

29, Soir, température 38°5. Même état.

30, Matin, température 38°4. Comme le malade n'a pas eu de garde-robes depuis 4 jours, on lui donne un verre d'eau de Sedlitz.

La langue reste un peu sèche. Le malade n'a pas d'appétit.

Soir, température 38°8. On fait un lavage, et on retire définitivement la sonde que le malade ne peut plus supporter.

31, Matin, 37°5. Le malade a uriné seul cette nuit, avec un peu de douleurs.

Son urine, encore un peu teintée, renferme des caillots fibrineux incrustés de sels phosphatiques. Au fond du vase se déposent des flocons de mucus et du pus.

Soir, température 37°8. Même prescription, térébenthine, Benzoate de soude, lavage.

Soir, température 37°8.

1^{er} Janvier 1896. — 37°4. La langue est humide, le malade a de l'appétit.

Il urine seul, avec moins de douleur, Son urine de la nuit n'est plus teintée par le sang ; mais elle reste purulente.

Soir, 37°8.

Depuis lors, le malade n'a jamais eu de fièvre.

On a traité sa cystite, par la térébenthine, le benzoate de soude et les lavages. Son état général est resté excellent.

Son urine s'est éclaircie peu à peu, les douleurs pendant la miction ont été s'atténuant. Enfin il est sorti guéri le 22 janvier 1896.

La cicatrice inguinale paraissait assez solide : on ne sentait à son niveau aucune propulsion pendant les efforts de toux.

OBSERVATION II

*Monod et Delagenière. — Cystocèle inguinale gauche. —
Cure radicale. — Mort.*

Le nommé D... Auguste, opticien, âgé de 53 ans, entre le 24 décembre 1888 à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, n° 22, dans le service de M. Charles Monod.

Antécédents : Rien à noter comme antécédents héréditaires ; il n'y a pas eu un seul hernieux dans sa famille. Il n'a jamais fait de grave maladie, et n'a jamais eu d'affection des voies génito-urinaires, ni chancres, ni blennorrhagies, ni cystites.

Commémoratifs. — A l'âge de 22 ans, à la suite d'un effort, il se fait une brusque hernie inguinale du côté droit. Mais il a porté aussitôt un bandage et affirme n'avoir jamais souffert de sa hernie. Il a constamment porté son bandage jusqu'à ce jour.

En 1882, à la suite de fatigues excessives, il se forme peu à peu une sorte de hernie du côté gauche. Le malade se fait faire aussitôt un bandage herniaire inguinal double pour maintenir ses deux hernies. Il n'a eu alors aucun trouble de la miction. Jamais il ne s'est aperçu d'augmentation de volume de sa tumeur lorsqu'il avait envie d'uriner.

Cette tumeur du côté gauche a augmenté progressivement de volume et est devenue peu à peu irréductible. Malgré cela le malade portait toujours son bandage inguinal double, ce qui lui occasionnait des douleurs parfois fort vives. Ces douleurs se caractérisaient de la façon suivante : C'étaient des sortes de coliques qui le prenaient dans le bas ventre une heure ou deux après le repas du jour. Après le repas du soir, le malade se couchait et n'avait alors aucune douleur.

Cet état de choses persiste jusqu'à la fin de 1888, lorsque, le 16 décembre, sans cause appréciable, les douleurs deviennent plus vives qu'elles ne l'avaient jamais été. Elles commencent par une envie impérieuse d'uriner : la miction s'opère comme de coutume, mais se termine par l'émission de quelques gouttes de sang. Cette émission de sang s'accompagne d'une douleur très vive s'irradiant dans le bas-ventre, et se localisant au niveau de la tumeur du pli de l'aîne.

C'est pour ces douleurs très vives et ces troubles urinaires que le malade vient à la consultation et demande une intervention.

Etat à l'Entrée — A son entrée, l'état général est assez bon ; le malade est gros et paraît encore vigoureux. A l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitaux et sibilants disséminés dans toute la poitrine. Au cœur, le premier temps est mal frappé à la pointe ; il y a quelques faux pas, mais aucun bruit de souffle.

L'urine rendue dans les 24 heures varie entre 1200 grammes et 1500 grammes. Elle laisse un léger dépôt floconneux, mais ne contient pas de sang. Elle ne renferme pas d'albumine ni de sucre.

A droite, en explorant avec soin l'anneau inguinal et le scrotum, il n'est pas possible de trouver de hernie. Néanmoins l'anneau paraît dilaté et admet l'extrémité du doigt. En faisant tousser le malade, on peut sentir le choc de l'intestin, mais il ne se produit pas de hernie proprement dite, pas plus qu'en le faisant marcher et courir.

A gauche, il existe une tumeur située dans le pli de l'aîne au niveau de l'anneau inguinal qu'elle masque complètement. Elle a le volume d'un gros œuf, oblongue, dirigée un peu obliquement en dedans et en bas, comme l'arcade crurale qu'elle croise cependant obliquement. Cette tumeur ne descend pas

dans le scrotum au fond duquel on peut sentir le testicule et les éléments du cordon. Elle ne semble pas grossir par les efforts de la toux.

Au palper, elle est pâteuse, mais un peu ferme ; elle est difficile à pédiculiser, de sorte que l'anneau inguinal ne peut être trouvé. Les éléments du cordon comme dans les hernies ordinaires semblent disparaître sur les côtés de la tumeur ; néanmoins au-dessus d'elle, les éléments du cordon sont encore groupés entre eux. Il est impossible de sentir de la fluctuation, la tumeur est seulement pâteuse et un peu ferme. Elle est absolument mate, et en exerçant sur elle des pressions, il est impossible de modifier son volume. Le toucher rectal ne fournit aucune indication, la prostate paraît normale.

Diagnostic. — En présence des phénomènes de cystite présentés par le malade, de l'état pâteux et presque rénitent de la tumeur, du groupement des éléments du cordon au-dessous d'elle, nous songeons à la possibilité d'une cystocèle inguinale ; c'est pourquoi nous procédons à l'examen de la vessie.

Examen de la vessie. — Le cathéterisme est pratiqué avec une sonde en caoutchouc, n° 18. Pendant que la vessie se vide, une main est maintenue sur la tumeur, mais n'éprouve aucune sensation de réduction de son volume. Nous injectons alors environ 300 grammes d'eau boriquée et n'éprouvons aucune sensation d'expansion avec la main laissée appliquée sur la tumeur. Elle ne paraît pas non plus résistante. En injectant encore 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie, le résultat est négatif.

D'après cet examen, il est donc tout à fait impossible de conclure à la communication de la tumeur avec la vessie.

Le lendemain, nouvel examen de la vessie. Nous injectons progressivement de l'eau boriquée en ne nous guidant pour la quantité, que sur le symptôme douleur. Nous étions arrivé à

grand-peine à injecter 450 grammes de liquide. Le malade accuse alors une douleur vive qu'il localise surtout du côté de sa hernie. Néanmoins, celle-ci ne subit aucune modification, ni dans son volume, ni dans sa tension.

M. Ch. Monod est alors d'avis de laisser au malade quelques jours de repos pendant lesquels on lui prescrit 4 grammes de borate de soude à prendre par jour.

Opération le 40 Janvier 1889. --- Incision sur la tumeur couche par couche et avec précaution. Sous la peau, on tombe sur une masse grasseuse d'aspect mollassse, mais ne rappelant aucunement celui de l'épiploon. D'ailleurs on est absolument certain de n'avoir ouvert aucun sac.

Le doigt conduit autour de la tumeur sent une sorte de pédicule qui se porte vers l'anneau. Ce dernier ne peut être senti.

A ce moment, on injecte de l'eau boriquée dans la vessie, afin de se rendre compte de son indépendance avec la tumeur. On introduit ainsi environ 300 grammes de liquide jusqu'à ce qu'il y ait tension, mais la tumeur ne subit aucune modification.

L'incision est alors continuée avec précaution et une couche grasseuse, épaisse d'un demi-centimètre est incisée. On rencontre alors une surface lisse, jaunâtre et d'aspect grasseux, mais qui saigne facilement. Serait-ce le gros intestin descendu par glissement ? On agit suivant cette hypothèse ; on cesse d'inciser sur la tumeur, mais on sectionne la paroi abdominale dans une étendue de 3 centimètres au-dessus du pédicule de la tumeur. Dès que le ventre est ouvert, on aperçoit les franges de l's iliaque qui est libre et indépendant de la tumeur. En introduisant le doigt dans le ventre, le long du pédicule de cette dernière, on arrive en arrière du pubis ; ce ne peut donc être que la vessie.

Nouvelle injection d'eau boriquée (300 gr.). Cette fois la tu-

meur se tend et en pressant dessus avec secousses et en ouvrant a sonde, l'impulsion se transmet au jet.

L'abdomen étant largement ouvert lorsque la vessie est vide, il est facile de repousser la tumeur en arrière du pubis. Avant de faire cette réduction, l'hémostase est soigneusement assurée, puis toute la surface de la tumeur touchée à la solution forte. Six catguts perdus comprenant la séreuse sont placés pour fermer la plaie abdominale et rapporter les plans musculaires incisés.

Enfin la peau est suturée avec des crins de Florence et drainée à sa partie supérieure.

Pansement avec gaze iodoformée, sachets, Mackintosh, ouate de tourbe. Durée de l'opération 4 heure 5 minutes, chloroforme. 90 grammes.

Marche. — Le soir, le malade a 38°, il a un peu vomi dans la journée. Il a uriné seul.

11 janvier. — 37°4 et 37°8 ; assez bon état général, mais un peu d'ictère. Urine seul et sans souffrir.

12 janvier. — 37° et 37°5, bon état, rien à noter.

13 janvier. — 36°6 et 37°6.

14 janvier. — 37° et 37°4.

15 janvier. — 36°6 et 37°6. La respiration est un peu gênée ; on prescrit des ventouses sèches sur le thorax. Le pansement est renouvelé. La plaie est en bon état, sauf à sa partie supérieure, près du drain où il y a un peu de rougeur et tension de la peau : le drain est supprimé.

16 et 17 janvier. — Température normale, mais toujours de la gêne respiratoire pour laquelle on prescrit des ventouses.

18 janvier. — 37°6 et 37°6. L'état général est bon. Le pansement est renouvelé. La réunion est parfaite à la partie inférieure de la plaie. Mais à la partie supérieure les deux premiers crins ont amené la formation d'un petit abcès qui s'est ouvert dans le

trajet du drain, puis le pansement est refait comme à l'ordinaire.

19 janvier. — 37° et 37°1. Le pansement est renouvelé pour enlever le pus. Le soir en allant à la selle, le malade est pris subitement d'un accès de suffocation avec cyanose ; la respiration est haletante. A l'auscultation on trouve des petits râles fins aux deux bases, on porte le diagnostic d'embolie pulmonaire.

22 janvier. — 38°2 et 37°2. Même état. Pansement renouvelé.

23 janvier. — Le matin le malade a 38°2, il est cyanosé, dans le délire. En le découvrant on trouve sa jambe gauche complètement cyanosée et froide. On sent un cordon volumineux représenté par la veine fémorale, l'artère est sentie, ses battements sont petits et rapides. A l'auscultation on trouve de gros râles dans les deux poumons.

Le soir, la température commence à baisser et le malade meurt à neuf heures sans avoir repris connaissance.

L'autopsie est faite avec soin.

Autopsie. — Une incision cruciale est faite d'abord, afin de permettre d'étudier la vessie en place. A l'ouverture du ventre, on ne trouve rien du côté des intestins qui paraissent être absolument sains. Pas de liquide dans le péritoine, mais sur les intestins, le mesentère, le péritoine pariétal, on trouve une sorte de pointillé noirâtre qui ressemble à des cultures microbiennes. Ce pointillé sur l'intestin suit la direction des vaisseaux. Serait-il dû seulement à du pigment, le malade ayant de l'ictère, ou bien serait-ce une sorte de culture ayant eu pour point de départ la plaie infectée ?

Des portions de péritoine sont enlevées pour être examinées à ce point de vue.

Du côté de la plaie opératoire, la cicatrice péritonéale est linéaire et bien fermée ; néanmoins à la partie supérieure de la

plaie, à l'endroit qui a suppuré, on trouve une légère adhérence de l'S illiaque.

En soulevant et refoulant les anses intestinales en haut, on ne trouve rien dans le petit bassin. La vessie, qui contient un peu d'urine, est déviée un peu du côté gauche, et son sommet arrive presque au niveau de la plaie péritonéale.

Une sonde est introduite dans la vessie afin de la distendre avec de l'eau. A mesure qu'elle se remplit, la dilatation semble se faire surtout du côté gauche.

Le cul-de-sac latéral gauche s'efface de plus en plus et disparaît dans l'état de moyenne distension. A ce moment, l'angle latéral gauche de la vessie paraît ne plus participer à la distension qui se fait au contraire du côté droit. Lorsque la vessie est ainsi surdistendue, on peut constater qu'elle arrive au niveau des orifices internes des canaux inguinaux sans intermédiaire de péritoine.

Examen de la pièce : La vessie a été incisée sur la ligne médiane et sur la face antérieure. Son aspect général paraît normal, bien que ses parois soient un peu plus épaisses que d'habitude. La prostate et la muqueuse ne présentent aucune altération. Par sa face externe, elle est partout entourée d'une couche graisseuse assez épaisse. Cette couche présente un développement très considérable au niveau de l'angle latéral gauche de la pièce. On peut même sentir en ce point une sorte de tumeur plus grosse qu'un œuf de poule.

Une coupe transversale faite au travers de cette tumeur permet de voir qu'elle est constituée par un lipome au milieu duquel on trouve quelques extravasations sanguines qui résultent des manipulations faites pendant l'opération. En outre, en passant le doigt sur cette tumeur à sa périphérie, on peut trouver deux fils de catgut qui ont été placés sur des vaisseaux. Cette tumeur était donc bien celle qui se présentait dans le pli de

l'aîne. D'ailleurs, on peut voir plus en dehors une portion de la paroi abdominale, répondant à la ligne de réunion de la plaie opératoire et montrant en arrière la séreuse péritonéale parfaitement fermée et en dedans et en avant, la cicatrice s'étendant de la peau jusqu'à la tumeur.

En examinant la veine iliaque gauche on la trouve volumineuse, distendue par un caillot qu'on poursuit depuis la veine iliaque primitive jusqu'à l'anneau du 3^e adducteur. Ce caillot est solide jusqu'à l'arcade crurale seulement; il devient diffus au-delà. Dans le cœur droit, on trouve quelques caillots fibreux. Dans le cœur gauche, la valvule mitrale est épaissie et on trouve à l'orifice aortique un os cardiaque.

Les poumons sont congestionnés dans leur ensemble et présentent de nombreux infarctus, surtout le troisième lobe du poumon droit.

Les reins paraissent diminués de volume.

La substance corticale est moins épaisse qu'à l'état normal, on y remarque des traînées blanches.

Le foie est gros et scléreux.

Le cerveau est examiné avec soin. On trouve au niveau du pied de la 2^e circonvolution frontale un petit foyer de ramollissement avec une légère suffusion sanguine.

OBSERVATION III (Berger, 1882)

Epiplocèle depuis longtemps irréductible compliquée de cystocèle. Opération. Blessure de la vessie. Suture. Guérison

Le 12 juin 1882. M. Berger est appelé près d'un homme âgé de 62 ans, qui porte depuis longtemps une hernie irréductible.

Celle-ci occupait la région inguinale droite, était grosse comme un œuf ordinaire ; le malade appliquait sur elle un bandage sans sous-cuisse. Très constipé, il ne souffrait jamais de sa hernie. Le 12 juin en portant un sac, il sent une douleur vive. Il constate alors que la vessie est très volumineuse, dure, sensible ; il cherche vainement à la rentrer ; il se met à table, la nourriture lui répugne. Il vomit une seule fois, mais est atteint de coliques vives et de renvois.

Une tentative de réduction reste sans succès. Quand M. Berger le voit, une heure et demie après l'effort, le ventre est météorisé, tendu, peu sensible ; il a eu des crampes dans les mollets et se plaint de ne pouvoir uriner. Dans l'aîne droite, tumeur du volume du poing, mate, superficiellement pâteuse et lobulée, profondément tendue, rénitente, quasi-fluctuante, douloureuse surtout au niveau de l'anneau inguinal externe. Tentative de réduction sous chloroforme sans succès.

Opération. — 26 heures après l'effort. Couche par couche on divise un sac cellulaire très mince qui, incisé, laisse voir de la graisse molle, œdématiée sillonnée de grosses veines thrombosées. Cette graisse qui est manifestement l'épiploon est partout adhérente aux couches environnantes. M. Berger cherche à l'isoler sans sentir un anneau nulle part, il la divise avec le doigt sans plus de succès, mais en la renversant en haut et en l'attirant dans ce sens très fortement, il découvre au-dessous d'elle, adhérente à elle, presque dans son épaisseur, une bosselure gris-noirâtre, tendue, fluctuante, grosse comme une noisette. Cette bosselure attirée ne présente ni la couleur ni les arborisations de l'intestin ; plus on l'attire plus elle se pédiculise sans montrer la forme d'une anse intestinale.

Croyant à l'existence d'un deuxième sac herniaire, placé sous son épiploon et renfermant de l'intestin, M. Berger saisit sa paroi avec des pinces, l'incise, et aussitôt un jet de liquide

limpide, rouge, sans gaz, s'échappe, liquide identique à la sérosité d'un sac herniaire. Alors il agrandit la petite incision dans le sens vertical, jusqu'à lui donner 3 centimètres. Mais au lieu de la surface lisse d'un sac, on voit une muqueuse violacée, tomenteuse, et bientôt sur elle quelques grains jaunâtres, analogues à des grains de sable, le tout sans odeur et sans issue de gaz.

Persuadé néanmoins qu'il a ouvert une bosselure du côlon entraîné dans la hernie par l'épiploon, et latéralement pincé, il fait tenir solidement l'épiploon : on suture ensuite avec de la soie phéniquée fine ; la suture, vu la difficulté, est peu méthodique ; on fait d'abord des points séparés, entrecoupés, au nombre de 4 ; puis 2 points de suture en bourse, grâce auxquels la séreuse paraît bien affrontée et est seule visible. Enfin on suture la partie supérieure (celle qui répondait au méso-côlon) de la plaie à l'épiploon adhérent au sac. Suture superficielle, drain (qui tombe de suite) et pansement de Lister.

Suites — Le second jour, on change le pansement. Réunion complète que l'on désunit un peu en dedans, mais les adhérences sont partout très solides déjà.

Tout va bien jusqu'au 5^e jour. A partir de là, agitation alcoolique, délire sans fièvre. Le 7^e jour, ventre souple, indolore : la partie interne de la plaie, qui est grisâtre depuis deux jours laisse suinter des matières de coloration sale, mêlées de taches huileuses et de gaz.

Depuis lors, l'écoulement d'un liquide comme séreux continue par intermittences ; on fait sourdre quelques bulles de gaz en pressant sur les environs de la plaie ; celle-ci se recouvre de bourgeons charnus et se rétrécit. A partir du 12^e jour, le malade se lève 2 heures par jour.

Il remarque une certaine difficulté pour uriner de temps à autre. Quand cette difficulté existe, l'écoulement par la plaie

est plus abondant et le soulage ; ce qui s'écoule est clair, limpide et a une odeur urineuse très marquée. Ce liquide s'écoule parfois par jet dans les efforts de toux ; son écoulement est d'ailleurs fort irrégulier, tantôt abondant, tantôt presque nul pendant plusieurs jours. La plaie n'est plus représentée que par un bourgeon presque imperceptible.

La compression faite jour et nuit avec un bandage herniaire par dessus le pansement suspend très notablement et même complètement l'écoulement. Pourtant, vers le 16 juillet (33^e jour), une petite retention d'urine se produisant, le malade mouille de nouveau son pansement.

Depuis lors, il a repris ses occupations, mais il se produit de temps à autre de l'écoulement d'urine alternant avec l'occlusion de la pelote.

L'écoulement peut être supprimé par le bandage. Trois mois et demi plus tard, la cicatrice est parfaite ; il reste cependant un petit orifice où l'on pourrait à peine introduire une épingle. Le malade se plaint de difficultés d'uriner au début des mictions qui sont très fréquentes. Il se refuse énergiquement à toute sorte d'exploration. (30 septembre 1882).

Cette masse grasseuse, que Berger prit pour l'épiploon, était un lipome adhérent à la vessie. Le sac celluleux mince qu'il ouvrit, n'était pas le péritoine.

Le titre de l'observation ne devrait donc pas être :
« *Epiplocèle compliquée de Cystocèle*, » mais bien
« *Lipocèle vésicale simple*. »

OBSERVATION IV

Delorme. — (Opéré de cystocèle inguinale).

Le nommé Cl., 47 ans, douanier, alcoolique, syphilitique, rattache la hernie inguinale qu'il porte à des efforts faits, il y a 4 ans, pour soulever des sacs de charbon très lourds. Il éprouva alors des douleurs inguinales et lombaires, et quinze jours après, il constata, dans l'aîne, une hernie qu'il maintint par un bandage.

4 mois seulement avant son entrée dans mon service, en juillet 1891, il avait commencé à souffrir pendant la miction. Il avait observé un arrêt brusque du jet, qui repartait ensuite aussi involontairement qu'il s'était arrêté, et la pression de son bandage était devenue pénible. Lorsque je l'examinai, il présentait une tumeur mal limitée, sortant directement par l'orifice inguinal externe, du volume d'un petit œuf de poule, mate, incomplètement réductible et mollassse. L'anneau admettait librement 2 ou 3 doigts.

Chez cet homme, atteint d'une affection nerveuse chronique, je n'attachais pas, je l'avoue, aux troubles de la miction et aux douleurs recueillies par une pression directe, l'importance qu'elles méritaient. Je diagnostiquai une épiplocèle : cure radicale.

Après section de la paroi inguinale, jетrouvai sous les fascia superficialis lamelleux une masse grasseuse, globuleuse, assez volumineuse, bien différente par sa consistance de la graisse épiploïque. Elle était dense, emprisonnée dans des cloisons fibreuses courtes, relativement consistantes et était bien plus vascularisé que la graisse péritonéale.

En le dégageant avec prudence, je tombai sur une sorte de sac à paroi musculaire très nette, à fibre réticulées peu épaisses. Ce sac ne pouvait être constitué que par la vessie. En dehors, je libérai un véritable sac péritonéal peu saillant à pédicule étalé, contenant de l'épiploon adhérent que j'excisai. Ligature du sac péritonéal.

Revenant à la vessie dénudée, je l'incisai de parti pris pour confirmer mon diagnostic ; la chose était sans inconvénient puisque j'avais alors l'intention d'exciser sa portion herniaire. J'explorai la cavité de cette dernière et lui trouvai les dimensions d'un œuf de pigeon avec une sorte de pédicule plus rétréci.

Le doigt fut engagé ensuite librement dans la cavité vésicale principale, derrière le pubis. Les troubles respiratoires graves que présentait cet alcoolique renforcé qui, jusque-là, avait dû absorber des quantités considérables de chloroforme sans pouvoir trouver un sommeil régulier, me forcèrent à modifier le plan opératoire auquel je comptais m'arrêter ; je dûs réunir, à la hâte, l'incision vésicale par une suture à points séparés extra-muqueux et porter quelques fils sur la paroi et les piliers : drain, sonde à demeure.

Le troisième jour, la sonde est rejetée, et pendant les efforts de miction la plaie laissa passer de l'urine en assez grande quantité. Je sacrifie alors la plupart des sutures superficielles et la plaie guérit par réunion secondaire après persistance d'une fistule herniaire durant quelques semaines. A la sortie du malade toute trace de hernie semblait avoir disparu.

Près de deux ans plus tard, ce malade rentrait dans mon service présentant du côté opéré une hernie un peu plus volumineuse que la première, mate, douloureuse à la pression, en partie réductible. Il souffre pendant les mictions et constate

qu'il lui faut exercer une pression sur la tumeur pour vider complètement la vessie. La miction s'opère en deux temps.

Après nouvelle incision pariétale je retrouve, au niveau et derrière l'orifice inguinal externe, très élargi, la masse graisseuse péritonéale plus dense que la première fois ; derrière et surtout en dehors d'elle, un diverticule vésical mou, flasque, reconnaissable à sa paroi musculaire.

Je le libérai des adhérences qu'il présentait ; il ne me semblait pas recouvert par le péritoine. Dégagé, il avait 7 à 8 centimètres de long et à sa base 4 centimètres environ.

Après cette dissection, qui donna lieu à une hémorrhagie assez abondante, je l'excisai non sans avoir, grâce à une incision portée sur son extrémité, engagé mon index dans la cavité vésicale principale et constaté qu'elle présentait des dimensions suffisantes.

La muqueuse était vascularisée, la paroi musculaire atrophiée et fibroïde ; sutures extra-muqueuses rapprochées, sutures de Lambert ; ablation du lipome ; restauration régulière de la paroi et de l'orifice inguinal ; siphon pariéto-vésico-urétral pendant 10 jours. Réunion par première intention ; suppression du syphon le dixième jour ; deux jours après, la plaie est complètement fermée et le malade urine sans sonde. Les mictions sont un peu plus fréquentes pendant quelques jours, puis redeviennent normales et, actuellement, vingt-trois jours après l'opération, le résultat, comme vous avez pu le voir, est aussi satisfaisant que possible ; les mictions sont normales, la cicatrice n'est pas propulsée par la toux, l'anneau s'est bien oblitéré. Je me borne à ces détails les plus essentiels de mon observation.

OBSERVATION V

J. Lucas-Championnière, 30 juin 1897, (recueillie par M. le docteur Laskine, publiée par MM. Monod et Delagenière.)

Le nommé C. Pierre, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle des Baraques, service de M. J. Lucas-Championnière, le 29 juin 1887. Le malade se présente à la consultation avec une hernie très douloureuse au niveau du pli de l'aîne à gauche. Il dit avoir vomi plusieurs fois la nuit dernière et avoir eu de violentes douleurs dans le bas-ventre. Le premier jour que le malade passe à l'hôpital, il ressent encore des tiraillements et des irradiations douloureuses dans la région ilio-lombaire. Dans la nuit du 29 au 30, il vomit encore plusieurs fois.

30 juin (matin). Quoique le malade se sente mieux, Monsieur Championnière décide de faire l'opération.

Incision de 8 centimètres. A la partie inférieure de la plaie on trouve une masse graisseuse indurée qui glisse dans le canal. Au-dessus, après quelques recherches, on trouve un sac séreux déshabité. On dissèque ce sac, on applique trois fils. La masse graisseuse au-dessous de ce sac est attirée. On croit se trouver en présence d'un autre sac qu'on cherche à isoler. A un moment donné on voit s'écouler de l'urine; c'est la vessie qui constituait cette tumeur, si molle, recouverte de pelotons graisseux. On applique huit sutures au catgut sur une ligne et dix par-dessus les sutures précédentes. Drainage, sutures superficielles.

Durée de l'opération : une heure cinquante-cinq minutes.

1^{er} juillet. Le malade a un peu vomi le matin. Légère teinte subictérique; il se plaint de maux de reins mais son état général est excellent.

Premier pansement le 7 juillet : température normale.

Deuxième pansement le 10 juillet : température normale.

Troisième pansement le 18 juillet : on enlève le tube.

La vessie avait été déchirée largement avec le doigt. La guérison s'est faite sans aucun incident. L'opéré est sorti quarante-quatre jours après l'opération.

OBSERVATION VI. — Lucas-Championnière.

Cystocèle inguinale gauche avec entéroçèle, cure radicale Guérison.

Le nommé L... 44 ans, entre à Saint-Louis pour une hernie dont le début remonte à 11 ans.

Dans le pli de l'aîne gauche, à la partie interne on trouve une petite tumeur qui semble occuper l'orifice externe du canal inguinal. Cette tumeur, grosse comme une noix est influencée par les efforts de la toux. Elle augmente peu de volume pendant la marche, enfin elle est molle, douloureuse et irréductible. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente.

Opération. — Après incision de la peau, on arrive sur une masse grasseuse dans laquelle il est difficile de s'y reconnaître ; à plusieurs reprises on est égaré par des lamelles très minces que l'on prend pour le sac herniaire. Enfin on finit par trouver à la face supérieure et externe un sac herniaire déshabité qu'on résèque.

On revient à la masse grasseuse adhérente, très mollassse, qu'on cherche inutilement à réduire. Avec les doigts on écarte la graisse, lorsque tout à coup une poche contenue dans ce peloton grassex est ouverte.

De l'urine s'écoule aussitôt, indiquant que la vessie a été ouverte.

Les lèvres de la plaie vésicale sont réunies par un triple rang de sutures au catgut. Une fois suturée, la vessie se réduit d'elle-même.

Sutures superficielles de la peau, drainage.

Au troisième pansement on s'aperçut qu'il s'était écoulé de l'urine par la plaie. Cet écoulement dura quelques jours, après lesquels la fistule se cicatrisa complètement.

OBSERVATION VII. — Reverdin

Cure radicale de hernie inguinale, cystocèle méconnue, ouverture de la vessie liée dans le pédicule. Guérison

R. A..., 42 ans, entre à l'hôpital de Genève, pour une hernie inguinale gauche, adressée par le Dr Comte. Celui-ci ayant été appelé auprès d'elle pour des accidents d'étranglement, a réussi à réduire la hernie, mais il a conseillé à la malade la cure radicale.

A 21 ans, hernie inguinale gauche à la suite d'un effort en soulevant un très lourd fardeau. Pendant 18 ans elle ne porte pas de bandage, et sa hernie qui n'était pas douloureuse, rentrait facilement quand elle était couchée. Depuis 3 ans elle a dû se mettre à porter un bandage; la hernie rentrait encore lorsqu'elle était couchée, mais elle était devenue douloureuse et avait acquis le volume d'un œuf de poule. Dès 1887 elle commença à avoir des crises pendant lesquelles la hernie augmentait de volume et devenait douloureuse, en même temps que se produisaient des vomissements alimentaires visqueux et des douleurs

à la région épigastrique ; jamais de vomissements fécaloïdes. Les crises d'abord espacées sont devenues de plus en plus fréquentes, et depuis 15 jours, à la suite d'un refroidissement, elles se répètent presque chaque jour. Les deux dernières ont été particulièrement violentes, les douleurs s'irradiant dans les régions lombaire, précordiale et épigastrique : et 2 fois la hernie est sortie sous le bandage.

Le vendredi 6 la hernie est encore rentrée spontanément ; mais le lundi suivant la hernie de la grosseur d'une pomme ne rentrant pas, la malade a fait demander le Docteur Comte qui est parvenu à la réduire. A son entrée à l'hôpital la malade est calmée ; elle accuse seulement quelques douleurs aiguës dans l'abdomen.

Déchirure autour du périnée, prolapsus utérin avec cystocèle prononcée.

Dans la région inguinale gauche on constate une tuméfaction peu prononcée, mais visible, qui se prolonge dans la grande lèvre, sans limites précises : la peau est normale.

La palpation semble indiquer que cette tuméfaction est formée par un sac herniaire épaissi.

Opération le 11 novembre. — Incision oblique suivant la direction du canal inguinal. On arrive sur une masse graisseuse qui se prolonge dans le canal inguinal ; cette masse est d'abord prise pour l'épiploon enfermé dans un sac très mince, mais cette graisse n'a pas l'aspect de l'épiploon et la même membrane qui l'enveloppe n'a pas non plus l'apparence d'un sac.

On sépare avec soin cette masse et la poursuit dans le canal inguinal où elle se prolonge sous la forme d'un gros pédicule également adipeux. Avec les doigts on la sépare ainsi jusque dans le ventre ; on incise la graisse cherchant le sac qu'elle doit contenir, mais sans arriver à le découvrir ; c'est pourquoi, constatant d'ailleurs qu'aucun viscère n'y paraît contenu, à ce qu'in-

dique la palpation, on attire fortement son pédicule en bas, et on y passe avec une aiguille mousse des fils de catgut qui servent à la lier en 5 ou 6 pédicules secondaires. En examinant le pédicule pendant ces manœuvres, on remarque à sa partie interne une partie plus blanchâtre, paraissant moins grasseuse, et l'on suppose que c'est là que se trouve le sac ; aussi prend-on soin de placer les fils à ligature le plus haut possible à ce niveau.

Les ligatures terminées on se met en devoir de reséquer la masse ; on tombe en dehors sur le sac qui est bien vide et intimement adhérent à la graisse qui la recouvre ; puis en dedans au niveau de cette partie plus blanche du pédicule, on est tout surpris d'ouvrir une nouvelle cavité de petites dimensions ; il semble la surface intérieure d'une grosse veine vide ; cette surface est lisse, blanchâtre ; en achevant la résection, l'on trouve sur la partie enlevée une surface de près de 2 centimètres carrés, distincte de la graisse, paraissant formée par une membrane assez épaisse, reposant par des tissus plus durs que la graisse.

Le pédicule est réduit dans la cavité abdominale qui remonte jusqu'à l'orifice inguinal qu'on ne suture pas.

L'examen histologique démontre qu'on a reséqué une petite portion de la vessie.

Sonde à demeure dans la vessie : Urine normale.

Le 10, on retire la sonde qu'on remet toutefois à demeure pendant la nuit. Dans la nuit du 17 au 18 le pansement est pour la première fois mouillé par l'urine. Les jours suivants, l'urine est un peu trouble. L'état général est excellent néanmoins. L'écoulement d'urine par la fistule ne cesse que dans la première semaine de Janvier. Le 10 Janvier la cicatrisation est complète.

La malade a été revue depuis sa sortie de l'Hôpital. Une cystite tenace, due au cathétérisme, finit par céder aux instil-

lations de nitrate d'argent. Rien ne s'est reproduit du côté de la hernie.

OBSERVATION VIII

Duchaussoy (1853). — Opéré de Roux. — Entero-cystocèle inguinale droite. — Etranglement de l'anse intestinale. — Kélotomie, réduction de l'intestin. — Incision de la vessie irréductible. — Mort. — Autopsie.

Un homme, âgé de 61 ans, porte depuis l'âge de 10 ans une hernie inguinale droite qu'il maintient à partir de l'âge de 21 ans par un bandage sans en avoir jamais été incommodé.

Un beau matin, au lieu de rentrer comme d'ordinaire, la hernie est irréductible, augmente de volume et devient douloureuse.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu. A la visite du soir, le malade apprend au médecin qu'il n'a pas uriné depuis que la hernie est sortie et que dans ses nombreux efforts, il a rendu seulement quelques gouttes d'un liquide rouge, par le canal de l'urèthre.

Aux questions qu'on lui adresse pour savoir s'il a éprouvé quelquefois avant cet étranglement, de la difficulté d'uriner, et si son urine a présenté des altérations, il répond que depuis 7 ou 8 ans il urine plus facilement quand il soulève les bourses, mais qu'il peut très bien uriner sans cela et que son urine est toujours parfaitement limpide.

En fait de signes physiques, on constate à la percussion au côté externe de la tumeur, de la sonorité tympanique et quel-

qués gargouillements : du côté interne est un organe mollasse, se laissant facilement déprimer en tous sens, sans que l'on puisse néanmoins le réduire, et fournissant de la matité à la percussion. Tous les efforts de réduction sont inutiles.

M. Roux procède à la kélotonnie sans penser à une cystocèle.

Il ouvre le sac herniaire qui contient une assez grande quantité de sérosité rougeâtre et une portion de petit intestin fortement hyperémiée, mais non désorganisée, qui ne peut être réduite qu'après débridement du collet du sac ; mais après cette réduction, il reste encore au côté interne du sac qui contenait l'intestin une masse large de 6 à 7 centimètres aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement piriforme, molle, non recouverte de péritoine et contenant un noyau dur du volume d'une grosse noix. Le testicule situé en dedans et en bas de cette masse herniaire en est parfaitement séparé : des adhérences solides unissent la tumeur aux enveloppes du cordon spermatique dans l'étendue de 3 à 4 centimètres.

M. Roux, après avoir fait de longs et vains efforts pour les vaincre, constate l'opacité de la tumeur ; et la regardant comme constituée par l'épiploon dégénéré, il se détermine à en faire l'excision : il incise donc avec précaution, couche par couche, au-dessous d'un tissu cellulaire lâche. Il divise une couche graisseuse ; au-dessous de celle-ci, une nouvelle incision fait un trou par lequel jaillit aussitôt un liquide clair et jaune : c'était de l'urine ; il s'en écoula un demi verre environ.

Les bords de l'ouverture furent saisis à l'aide d'une pince, et sa base embrassée dans une anse de fil ciré, puis un pansement approprié ayant été placé sur la plaie, le malade fut reporté dans son lit et une sonde placée à demeure dans son urèthre. La sonde n'est pas supportée, on la retire. Le lende-

main, le malade meurt sans faire entendre une plainte : il n'avait pas uriné depuis l'opération.

Autopsie. — L'examen ne concerne que les parties voisines de la hernie, de sorte que la vraie cause de la mort n'a pu être découverte.

La face antérieure de la vessie est dépourvue de péritoine, de même que ses bords latéraux et la plus grande partie de sa face postérieure. Au côté externe de la vessie, et un peu plus haut sont les débris du sac qui contenait l'intestin. Ce sac isolait complètement l'intestin de la vessie et appartenait en entier au premier de ces organes.

La vessie a des parois épaisses, non pas qu'il y ait hypertrophie de la tunique musculaire, mais parce qu'une couche de tissu cellulaire adipeux enveloppe cette tunique. En plusieurs points, la graisse forme des pelotons : l'un d'eux, situé à l'extrémité inférieure de la vessie, a le volume d'une grosse noix.

La plus grande partie de la portion de vessie contenue dans l'abdomen est tapissée par le péritoine, une petite portion de sa face antérieure en est seule dépourvue. La cavité de cette vessie intra-abdominale contiendrait à peine un petit œuf de poule. La portion cylindrique qui établit la communication entre les deux poches admet à peine l'index. La muqueuse vésicale ne présente aucune altération.

OBSERVATION IX (Guelliot)

*Grosse hernie inguinale incoercible et en partie irréductible
(intestin et vessie)*

Homme de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims pour une hernie gauche datant de 10 ans.

Rabineau

Porte un bandage ; la hernie est devenue très douloureuse, il est survenu des coliques, des douleurs dans le ventre, le long des aines, jusque dans le flanc.

Plus volumineuse que le poing, la hernie descend dans le scrotum ; élastique et sonore dans une partie de sa masse molle, dans l'autre, elle a tous les caractères d'une entéro-épilocèle pour le moment irréductible.

Après quelques jours de repos, on finit par faire rentrer avec gargarillement une anse intestinale. Il reste une masse molle, allongée, remontant jusque dans le trajet inguinal. Au dessous, on distingue nettement le cordon et le testicule. Les bourses se continuent presque sans ligne de démarcation avec le périnée qui est dur et tendu.

Cure radicale. — Après incision de la peau, on tombe sur une masse molle accolée au cordon. On croit avoir sous les yeux un sac vide doublé d'un épais tissu cellulo-graisseux, d'un jaune grisâtre qui se laisse facilement déchirer. On cherche à l'isoler. En haut, le doigt pénètre largement jusqu'au-dessus de l'anneau, en dehors du collet ; en dedans au contraire l'isolement se fait mal. Le sac est ouvert : il ne contient rien, ni intestin ni liquide.

Une ligature en chaîne au catgut est appliquée sur le collet du sac, et on excise toute la partie scrotale.

L'épaisseur des parois d'une part, l'épaisseur des fibres musculaires formant une couche continue d'autre part, permettent de reconnaître qu'on a excisé une partie de la vessie. De nouvelles sutures sont appliquées en plus de la ligature en chaîne.

Le 40^e jour le pansement est mouillé par l'urine. Sonde à demeure dans la vessie. Une fistule laisse s'écouler l'urine ; mais elle s'obture au bout de 20 jours environ.

OBSERVATION X

(Demoulin. — Union médicale 1893)

La nommée P... Marie, 63 ans, célibataire, blanchisseuse, est entrée, le 13 Avril 18 3, à l'Hôpital de la Charité, service de M. Duplay, pour des accidents d'étranglement herniaire.

Cette femme obèse, porte 2 hernies, l'une ombilicale ; l'autre inguinale gauche. Celle-ci, pas plus que l'autre, n'a été maintenue par un bandage.

Le jeudi matin, 13 Avril, en se levant, la malade a éprouvé une douleur subite, dans l'aîne gauche, avec envie de vomir. La hernie habituellement réductible ne peut rentrer. — 12 heures après, vomissements bilieux.

Le vendredi 14, à la Charité, on constate, 24 heures après le début des accidents, une tumeur inguinale grosse comme une tête de fœtus à terme, fluctuante.

Depuis 24 heures, ni selles, ni émission de gaz par l'anus. Vomissements fécaloïdes.

Pouls petit, fréquent, extrémités froides, temp. 36°5. On pratique la kélotomie.

Après incision de la peau et de couches graisseuses très saignantes, on arrive sur un sac du volume d'une petite orange, fluctuant. On l'incise : 200 grammes de liquide utérin, sans odeur, s'en écoule. Une anse d'intestin non sphacélée, que renferme ce sac, est refoulée avec peine dans l'abdomen.

Le sac est disséqué. Au cours de la dissection, on remarque sur le côté interne du sac, une masse graisseuse composée de lobules très fins, masse donnant quand on la palpe, quand on

cherche à la faire rouler entre les doigts, la sensation d'un gros intestin recouvert de graisse. Elle est très adhérente à la partie postéro-interne de la face externe du sac, dont on ne peut l'isoler qu'à coups de ciseaux petits et lents. Malgré les précautions prises pour ne pas blesser cet organe dont on ne soupçonne pas la nature, on y fait une petite plaie par laquelle s'écoulent quelques gouttes d'un liquide jaunâtre plus foncé que celui du sac. M. Bois, interne du service, qui aide M. Demoulin, dit que ce liquide a une odeur urineuse. L'opérateur n'ayant pas entendu l'observation, continue la dissection du sac le plus haut possible. Après cette dissection, on a sous les yeux : en dehors le sac, en dedans une masse piriforme épaisse, recouverte d'une couche graisseuse dont on ne peut la séparer. Cette masse considérée comme un deuxième sac, est ouverte. Il ne contient rien. On traite séparément, par une ligature, l'un et l'autre sac. On est frappé de l'épaisseur du pédicule qu'on ferme avec le deuxième sac. Les 2 pédicules rentrent facilement dans l'abdomen.

On termine par la suture des plans fibreux, de la graisse et de la peau. L'opération avait duré une heure et demie.

La malade est sondée : on retire une cuillerée à soupe d'un liquide sanguinolent.

On songe à une blessure de la vessie. M. Bois fait de nouveau observer que le liquide du deuxième sac avait une odeur urineuse. Le sac réséqué est examiné ; on reconnaît sans peine un fragment de la vessie, dont les parois n'étaient pas amincies.

La malade s'étant réveillée, elle se plaignit d'un besoin continuel d'uriner.

Le soir de l'intervention, la malade ne vomit pas ; elle rend du gaz par l'anus. La sonde a bien fonctionné, 300 grammes environ d'urine à peine teintée en rouge, temp. 38° 2.

Le lendemain matin, temp. 37° 6. La malade a soif et faim.

Gaz par l'anus, 500 grammes d'urine claire rendue pendant la nuit, soit 800 grammes depuis l'opération. La miction est donc satisfaisante. L'état général est bon.

Néanmoins Demoulin fait une deuxième intervention. Incision sur la ligne médiane, section du grand droit de l'abdomen, destruction des sutures de la plaie inguinale. Avec les doigts, l'opérateur sent les fils qu'il avait posés la veille. Il attire au dehors la vessie ; et, détruisant la ligature, il fait une suture à trois plans des parois de la vessie. Muscles et peau sont suturés. Sonde à demeure.

Le soir, temp. 37° 5, pouls à 84, irréguliers. Petites douleurs hypogastriques déterminées par une toux sèche dont la malade vient d'être prise, 200 grammes d'urine se sont écoulées par la sonde.

Le 16 avril, état satisfaisant, 600 grammes d'urine un peu trouble pendant la nuit. Toux fréquente, temp. 37° 8. Râles sous-crépitaux aux deux bases. Ventouses sèches.

Le soir, temp. 38°. La respiration est difficile, la malade est somnolente. Pouls fréquent, irrégulier. Pendant la nuit, délire, toux fréquente, expectoration nulle.

17 avril, temp. 38° 4, facies bleuâtre, pouls à 110. Respiration embarrassée.

La sonde n'a pas fonctionné. Un peu d'urine s'est cependant écoulée entre l'urèthre et la sonde oblitérée par des débris blanchâtres.

Le soir, affaissement complet. 200 grammes environ d'urine boueuse se sont écoulées par la sonde.

Délire intense pendant la nuit.

Le mardi 18 avril, la malade meurt avec des symptômes d'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve que le péritoine qui se réfléchit sur la vessie n'avait pas été blessé pendant l'intervention.

On reconnaît le fil appliqué sur le collèt du sac péritonéal.

Aucune trace d'inflammation du côté du péritoine.

L'intestin a ses caractères normaux.

Reins congestionnés, mais sains, de volume normal.

Les uretères ne sont pas malades.

Aucun suintement n'est remarqué au niveau des sutures de la vessie. La ligne de réunion commence près du sommet de la vessie, immédiatement au-dessous du péritoine, à gauche de la ligne médiane, et se dirige obliquement en bas vers le bord correspondant de la vessie, dans une étendue de 3 centimètres environ.

La vessie ne renferme pas de sang, sa muqueuse est de couleur blanche.

Les parois ne sont pas oblitérées, ni amincies.

Surcharge graisseuse du cœur et congestion pulmonaire double.

OBSERVATION XI

Duplay — Clinique faite à la Charité, le 21 avril 1893.

Je me suis trouvé, il y a une dizaine d'années, en présence d'un cas absolument analogue à celui de Demoulin. Il s'agit d'un vieillard qui fut apporté à l'hôpital Beaujon pour une grosse hernie inguinale étranglée depuis quelques heures. Il était entré dans mon service pendant la nuit ; je le vis à la visite du matin et l'opérai immédiatement.

Je trouvai un sac herniaire que j'incisai et qui contenait de l'intestin grêle en assez bon état pour être sans crainte rentré dans l'abdomen. Je constatai, à la partie interne de ce sac, la

présence d'une masse recouverte d'une couche graisseuse consistante. Je la pris pour un second sac lipomateux que j'ouvris. Je ne trouvai, dans sa cavité, ni liquide, ni intestin. Je terminai vite l'opération de la kélotomie, car je n'avais point l'intention de faire la cure radicale, qu'on ne pratiquait guère à cette époque.

A peine le malade était-il éveillé, qu'il accusa un besoin impérieux d'uriner, besoin qu'il ne put pas satisfaire ; on le sonda quelque temps après mon départ et on retira de la vessie un liquide sanguinolent. C'était donc une hernie de la vessie que j'avais prise pour un second sac herniaire.

Le malade, d'ailleurs très affaibli, mourut vite, présentant des symptômes d'urémie.

L'autopsie nous montra une plaie de la vessie siégeant en dehors du péritoine.

Les parois étaient extrêmement amincies, avaient perdu leurs caractères normaux : aussi je ne suis pas surpris de les avoir méconnues pendant l'intervention.

Nous trouvâmes la cause de la mort rapide de notre malade dans les lésions très prononcées de pyélonéphrite ; lésions qui rendent dangereuses les blessures de la vessie, blessures qui offrent en général un pronostic favorable.

OBSERVATION XII

(E. Bœckel, 1887).

Entérocèle inguinale gauche avec cystocèle. — Opération. — Lésion de la vessie. — Mort par septicémie à la suite de la gangrène de l'anse intestinale étranglée (?).

Monsieur X..., âgé de 69 ans, est atteint depuis deux ans d'une hernie inguinale gauche, qu'il prétend avoir toujours réduite et contenue facilement au moyen d'un bandage.

En décembre 1887, étant à la chasse, il fait un effort pour franchir un fossé, la hernie sort et il ne peut plus la rentrer. Dans la nuit, elle devient douloureuse au point qu'il fait appeler un médecin. Celui-ci tente le taxis d'abord sans chloroforme, puis pendant l'anesthésie complète, mais sans aucun succès. Glace sur la tumeur.

Le lendemain matin, Monsieur le professeur E. Bœckel est appelé en consultation. Il constate une hernie inguinale gauche du volume d'une petite pomme, tendue et douloureuse à la pression et occupant le haut du scrotum. Vomissements bilieux, rien ne passe par l'anus. Après un nouvel essai de taxis pendant l'anesthésie au chloroforme, qui n'aboutit pas, il procède séance tenante à la kélotomie.

A l'ouverture du sac herniaire, on y trouve une anse d'intestin grêle d'une dizaine de centimètres de long, d'une couleur brun foncé, presque noire, mais encore luisante. L'étranglement très serré, est divisé sur deux ou trois points jusqu'à ce qu'on puisse attirer l'anse au dehors et s'assurer qu'elle est restée intacte au niveau du collet.

On la réduit alors et on s'occupe de faire une cure radicale. Le sac est mince et libre dans sa demi-circonférence externe, mais sa moitié interne est très charnue, entremêlée de flocons graisseux et adhérents aux tissus voisins. On cherche, avec le doigt, à en détacher le feuillet péritonéal, mais sans y réussir.

Tout en s'étonnant de l'épaisseur et de la consistance de cette portion de sac, qu'on retourne dans tous les sens pour tâcher de s'assurer de sa nature, on se décide finalement à jeter une ligature en masse sur le collet du sac et à le couper au-devant. Il s'écoule à la coupe une cuillerée d'un liquide transparent, jaunâtre, et on y aperçoit une petite cavité à parois lisses. On songe d'abord à un second sac herniaire, mais l'examen ne le confirme pas. On fait alors sauter la ligature jetée sur le sac,

et en insinuant le doigt dans l'ouverture signalée, on s'aperçoit qu'il glisse vers la ligne médiane dans une cavité assez considérable, qui, d'après sa disposition, doit être la vessie. Effectivement, on y touche le bec d'une sonde introduite par le canal de l'urèthre. Il existait donc chez notre malade une cystocèle partielle qui a été comprise dans la ligature du sac et décapitée par le coup de ciseau. Le morceau de vessie enlevé, examiné après coup, était arrondi et mesurait 4 centimètres de diamètre, on y distinguait parfaitement la couche musculaire de la muqueuse.

En présence de cet incident, Monsieur Bœckel renonça à la cure radicale ; il fit la suture de la plaie vésicale, réduisit cet organe jusqu'au niveau de l'anneau herniaire, y appliqua un tampon de vaseline iodoformée et par dessus un spica compressif. Une sonde de caoutchouc fut laissée à demeure dans la vessie.

A la suite de cette opération, le malade eut une soif considérable avec une température de 39°, mais il ne rendit que quelques gouttes d'urine. Puis il tomba dans le délire et succomba au bout de quarante-huit heures avec une anémie complète sans signes évidents de péritonite.

L'autopsie ne fut pas autorisée, de sorte qu'on ne put éclaircir la cause de la mort.

D'après les symptômes, c'était peut-être une septicémie, produite par la gangrène de l'anse herniée, qui était d'une couleur noirâtre quoi qu'encore luisante au moment de la réduction.

En récapitulant l'histoire de ce malade nous sommes porté à admettre que la cystocèle existait d'abord formant cette hernie facile à réduire dont il parlait. Mais la vessie avait entraîné à sa suite une portion du péritoine qui formait un sac vide jus-

qu'au moment où l'effort pour sauter un fossé y fit descendre une anse d'intestin grêle qui s'y étrangla.

OBSERVATION XIII

(Bœckel 1889)

Hernie inguinale gauche irréductible contenant le cœcum, une grande partie du côlon ascendant et une portion de la vessie. Cure radicale. Guérison.

Le nommé Guillaume Schallot, 55 ans, garçon dans une brasserie, entre le 3 septembre 1889 dans le service de M. Bœckel à l'Hôpital civil de Strasbourg.

Porte une hernie gauche ayant débuté il y a 5 ans à la suite d'un effort pour soulever un panier. Il ne porta jamais de bandages. D'abord de tout petit volume, elle est devenue peu à peu grosse comme les deux poings. Depuis un an, elle est irréductible et donne lieu à des douleurs dans le bas-ventre que le malade ressent surtout après le repas. Pas de troubles dans la miction, pas d'envies fréquentes d'uriner. La tumeur n'a pas paru au malade diminuer de volume après la miction, ni augmenter par la rétention d'urine.

Opération le 4 septembre. — Incision de 25 cent. sur la tumeur. Sac épaissi. On l'ouvre. Il renferme un peu de liquide sanguinolent, le cœcum et une partie de l'iléon, qu'on ne réduit qu'après débridement du collet du sac.

En cherchant à isoler le sac, on constate que sa moitié interne est très épaisse, charnue, mollassée, chose qu'on ne s'explique pas d'abord très bien. On songe un instant à un

second sac herniaire ; mais M. Bœckel éclairé par un cas de cystocèle qu'il avait observé il y a un an (obs. XII) émet l'opinion qu'il s'agit de la vessie. En effet, en réclinant avec les doigts une couche graisseuse, on reconnaît des fibres musculaires lisses, réticulées. On fait une injection par l'urèthre à l'aide d'une sonde, mais la poche herniée ne se remplit pas ; c'est seulement après débridement plus étendu de l'anneau qu'elle se gonfle, à la suite de l'injection d'une seconde seringue de solution boriquée. On ne doute plus alors que cet épaissement de la partie postéro-interne du sac herniaire soit fermée par une partie de la vessie non recouverte du péritoine. La partie déplacée doit appartenir à la paroi latérale gauche de cet organe. Après le nouveau débridement et la réduction du cœcum, la vessie rentre facilement. M. Bœckel fait alors attirer fortement le sac herniaire au dehors et traverse le milieu du collet avec une aiguille armée d'un fil de soie phéniqué, Chaque moitié est liée isolément et les extrémités de l'une des anses sont encore serrées autour de l'ensemble. On coupe le sac au-devant de la ligature. Suture de la peau au crin de Eloreñce.

Il y a lieu d'admettre, d'après Bœckel, que la hernie du cœcum a été primitive et que la vessie a été entraînée par ce dernier.

Suites opératoires. — Le malade a de la fièvre les 5 premiers jours, jusqu'à 39°6, avec ventre ballonné, sensible dans la fosse iliaque droite, et délire qu'on attribue à l'intoxication iodoformique, bien qu'il n'y ait pas trace d'iode dans les urines. Le troisième jour le malade a rendu spontanément 2 litres d'urine en 24 heures, dont 300 centimètres cubes en une fois, et 80 centimètres cubes retirés par la sonde, le malade n'ayant pu vider complètement sa vessie. La vessie paraît donc surdistendue.

Par contre, en voulant lui injecter de la solution boriquée

à l'aide de l'irrigateur, pour constater la capacité de la vessie, on ne parvient pas même à y faire entrer 100 centimètres cubes, circonstance dont on ne s'explique pas la véritable cause.

Suppuration des couches superficielles.

On panse à la pommade au salol. La température diminue, puis devient normale.

Au bout de la sixième semaine, le malade quitte l'hôpital.

En le faisant tousser, on ne constate pas la moindre tendance à la récurrence,

OBSERVATION XIV

Hernie vésicale, découverte au cours de l'opération radicale d'une hernie inguinale. Laparatomie. Guérison. (Kummer, chirurgien de l'hôpital Bertini.)

E. T., garçon de cinq ans, nous est amené pour une hernie qui, au dire des parents, n'est point congénitale, mais s'est développée à la suite d'une coqueluche, dont il a été atteint à l'âge d'un an.

Depuis l'âge de deux ans, l'enfant porte un bandage herniaire qui est bien supporté et qui retient parfaitement la hernie ; depuis un an et demi cependant, celle-ci sort sous le bandage et fait souffrir le malade. En automne 1890, l'enfant subit une première opération ; après un séjour de vingt-quatre jours dans un service hospitalier, il revient à la maison parfaitement guéri, semble-t-il, mais déjà trois jours après, la hernie sort de nouveau ; application d'un bandage, sous lequel la hernie sort comme la première fois, elle a de plus considérablement augmenté ces derniers mois pendant une bronchite chronique.

L'enfant mouille et salit son lit et même ses habits ; son développement intellectuel et moral est retardé.

Une sœur, âgée de 9 ans, est bien portante ; le père et la mère également ; un oncle est atteint de hernie.

Etat du malade en 1891. — A la région inguinale droite, on voit une proéminence allongée qui s'étend jusque dans le scrotum. Cette proéminence augmente de volume quand le malade tousse et quand il se tient debout ; elle diminue dans le décubitus dorsal et disparaît dans le ventre par la pression du doigt. Avec l'extrémité de l'index, on peut pénétrer de bas en haut et de dedans en dehors dans le canal inguinal droit ; toutefois l'on n'arrive pas jusqu'à l'orifice inguinal interne. La grosseur sus-mentionnée, dont le contenu est mou et granuleux, est mate à la percussion.

Le cordon spermatique normal se trouve derrière la grosseur, le testicule également normal, en bas et séparé de la hernie. Une cicatrice oblique, longue de 5 centimètres environ, et, par endroit large de 2 centimètres, provient de la première opération.

L'examen des organes externes et de l'urine ne révèle rien d'anormal. Nous admettons une épiplocèle inguinale et l'opération radicale nous paraît indiquée, premièrement, dans le but de guérir la hernie, puis dans l'espoir d'influencer favorablement les fonctions de la vessie.

Opération le 15 janvier 1892. — Incision oblique, excision de l'ancienne cicatrice cutanée, préparation des piliers inguinaux qui est rendue un peu pénible par la présence d'adhérences provenant de la première opération ; isolement, puis incision du sac herniaire : on tombe sur l'épiploon, qui est attiré et coupé entre deux ligatures à la soie, réduction du moignon épiploïque. Nous cherchons ensuite à préparer le collet du sac, pour pouvoir ensuite attirer celui-ci, le lier et le couper ; mais

le collet semble adhérer intimement au pilier inguinal par une masse graisseuse particulière.

En prolongeant jusqu'au collet l'incision du sac herniaire, nous tombons sur un intestin adhérent au pourtour inférieur et interne du canal inguinal. Il nous est impossible de détacher cet intestin. Dans l'espoir de mieux réussir, nous n'hésitons pas à ouvrir largement le ventre en prolongeant notre incision de 10 centimètres environ en haut et en dehors.

En suivant alors avec le doigt, dans l'intérieur du ventre, l'intestin adhérent, on arrive sur la ligne médiane et, en descendant, sur la prostate : il semble donc qu'on a affaire à une hernie vésicale.

Le moyen le plus simple, pour nous en assurer, est l'introduction par l'urèthre d'une sonde qui arrive, en effet, dans l'organe adhérent au canal inguinal ; il s'agit, par conséquent, bien d'une cystocèle.

En examinant de plus près la vessie, nous trouvons que cet organe porte à sa partie adhérente une proéminence de la dimension d'un gros pois, ayant la même couleur rose pâle que le reste de la vessie et faisant l'impression d'un diverticule ; un essai d'y introduire la sonde échoue, ce qui ne peut surprendre du reste, vu la petitesse du diverticule.

Deux mots encore de la disposition du péritoine, par rapport à la cystocèle : celle-ci, de même que le diverticule, n'est recouverte de péritoine que sur la face supérieure, tandis que, à son côté inférieur, la vessie se trouve adhérente au pilier inguinal interne par une masse graisseuse particulière.

Le péritoine, intimement adhérent à la vessie, ne peut être détaché de celle-ci, de sorte que nous devons renoncer à l'excision complète du collet du sac. Il ne nous reste pas autre chose à faire que de détacher la vessie du pilier inguinal interne et de la refouler derrière le pubis.

L'incision abdominale est fermée par 12 points de suture à la soie traversant muscles et séreuses et ne laissant que juste assez de place pour le passage du cordon spermatique ; nous logeons ce dernier entre le tiers moyen et le tiers inférieur de la suture. Une suture continue à la soie réunit ensuite l'aponévrose et une dernière suture continue à la soie ferme l'incision cutanée ; pas de drainage. Pansement à la gaze stérilisée à la vapeur sous pression. coussin en laine de bois. Enlèvement des fils 36 heures plus tard.

La guérison est retardée par le fait que la plaie se rouvre à la suite des mouvements du malade ; guérison par bourgeonnement sans fièvre, mais plusieurs fils de soie sont éliminés. Au moment où nous écrivons (10 mars 1892) la plaie est guérie.

Nota 30 mars 1892. — Depuis quinze jours seulement l'enfant ne se mouille et ne se salit plus ; ce résultat dû à l'application de douches froides confirme l'idée d'une affection nerveuse.



CHAPITRE III

Diagnostic avant l'opération

§ I. *Signes fonctionnels*

Est-il possible de diagnostiquer, avant l'opération, la lipocèle vésicale ou lipome herniaire de la vessie ?

Une fois seulement, dans les observations que nous publions, le diagnostic fut porté. Monod, se basant sur les troubles de la miction que présentait son malade, et surtout sur les caractères physiques de la hernie, pensa qu'il avait affaire à une cystocèle masquée par un lipome. Dans tous les autres cas l'affection avait été méconnue.

D'après l'étude de nos observations, il semble cependant que certains troubles fonctionnels, l'examen minutieux de la hernie, devraient quelquefois éveiller l'attention du chirurgien.

a) Un signe qui se rencontre d'une façon à peu près constante dans nos observations, c'est la douleur, plus vive que dans les autres formes, provoquée, au niveau de la hernie, par la pression du bandage. Cette douleur s'irradie souvent dans le bas-ventre, les aines, le flanc, les lombes.

Le malade de Monod présentait cela de particulier, que
Rabineau 8

les coliques le prenaient assez régulièrement deux heures après le repas du jour. Après le repas du soir, le malade se couchait et n'avait alors aucune douleur.

b) Les troubles de la miction, quand ils existent, sont plus précieux pour le diagnostic. Mais ils manquent très souvent et on ne les trouve signalés que dans trois observations.

Notre malade ne souffrait, pour uriner, que lorsque le bandage n'était pas exactement appliqué sur l'orifice inguinal. Alors apparaissait la tumeur, qui était le siège, au début de la miction, d'une vive douleur s'irradiant dans le bas-ventre. Cette douleur cessait avec la disparition de la tumeur elle-même. Instinctivement le malade portait la main à l'aîne pour presser sur la hernie qui s'affaissait après le premier jet d'urine.

Le malade de M. Delorme ne souffrait, pendant la miction, que depuis quatre mois. Il observait un arrêt brusque du jet qui repartait ensuite aussi involontairement qu'il s'était arrêté.

Enfin, Duchaussoy fait remarquer que son malade n'avait pas de troubles de la miction à proprement parler. Toutefois il urinait plus facilement lorsqu'il tenait les bourses relevées,

c) Jean-Louis Petit admettait l'étranglement de la vessie et lui attribuait les symptômes suivants : « douleurs du côté de la hernie, puis du hoquet, des vomissements et enfin de phénomènes reflexes variés ».

Il paraît difficile de décrire les symptômes propres à l'étranglement de la vessie, attendu qu'ils sont généralement masqués par ceux de l'étranglement intestinal.

Le malade de Monod, qui avait une lipocèle inguinale simple, sans trace de hernie intestinale, avait présenté à un moment donné, sans cause apparente, des phénomènes de cystite : Besoin impérieux d'uriner, douleur très vive, pendant la miction, s'irradiant dans le bas-ventre, et avec maximum au niveau de la tumeur du pli de l'aîne ; émission de quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Dans l'observation de Berger, on voit que le malade avait éprouvé une douleur subite, très vive. En même temps la hernie était devenue volumineuse, très sensible, irréductible. Anurie, crampes dans les mollets.

La malade de Reverdin avait présenté des crises, d'abord espacées, pendant lesquelles la hernie augmentait de volume. Vomissements alimentaires et aqueux (jamais fécaloïdes) ; douleurs à la région épigastrique s'irradiant dans les régions lombaire et précordiale.

Mais dans ce cas, comme dans celui de Duchaussoy, où des phénomènes de cystite avec hématurie sont également signalés, la lipocèle était accompagnée d'une hernie intestinale.

La cystite, qui est notée dans deux observations, résulte probablement d'une inflammation ayant pour point de départ la portion de vessie herniée. Cette inflammation du diverticule provient-elle de l'étranglement, ou n'est-elle produite que par la simple pression du bandage ?

Quant à l'anurie, qui était signalée chez le malade de Berger, ce symptôme peut être attribué dans les autres cas, à l'étranglement intestinal.

Il résulte de cet exposé, que les phénomènes d'étranglement d'un diverticule de la vessie ne sont pas encore

connus. Il résulte aussi que les signes fonctionnels sont trop souvent défaut pour permettre seuls au chirurgien de porter un diagnostic précis avant l'opération.

§ II. — *Signes physiques*

C'est surtout à l'aide des signes physiques, que le chirurgien pourra reconnaître la lipocèle vésicale.

L'observation de Monod est très instructive à ce sujet, puisqu'en fait, c'est le seul cas qui ait été diagnostiqué avant l'opération.

La hernie du malade de Monod était irréductible ; mais elle l'était depuis peu de temps.

L'irréductibilité est un symptôme sur lequel insistent beaucoup les auteurs.

Or, ce n'est pas un signe constant. La hernie de notre malade était très réductible, mais d'une mobilité extrême. Et les observations nous apprennent que longtemps la hernie est réductible.

Tantôt elle devient irréductible subitement, et des symptômes d'étranglement éclatent ; tantôt l'irréductibilité s'établit peu à peu, soit par adhérence de la masse graisseuse avec le sac intestinal, ou avec les tissus voisins, soit par suite du développement du lipome herniaire, devenu trop volumineux pour repasser par l'anneau inguinal (Monod).

La lipocèle vésicale constitue une tumeur de volume variable, mais ne dépasse guère celui d'un œuf de poule.

Elle est remarquable :

1° Par la difficulté avec laquelle elle se laisse pédiculiser ;

2° Par sa consistance pâteuse, plus ou moins ferme, en rapport avec la texture du lipome, au sein duquel le tissu fibreux est plus ou moins abondant, comme nous le verrons.

3° Par ses rapports avec l'anneau inguinal.

Quand il y a entéro-cystocèle, le lipome herniaire est situé en dedans du sac intestinal, directement en rapport avec le bord interne de l'anneau auquel il peut adhérer.

4° Par sa situation à l'égard des éléments du cordon.

C'est là un signe des plus précieux, sur lequel insistent Monod et Delagénère, et les auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans la plupart des hernies inguinales, si on explore le cordon, on trouve que ses éléments sont groupés entre eux au niveau de la queue de l'épididyme ; puisqu'ils divergent de ce point en s'écartant insensiblement les uns des autres, pour se perdre sur les parois de la tumeur, en général sur sa paroi postérieure, sur laquelle, pendant l'opération de cure radicale, on a l'habitude de les trouver étalés en éventail. Dans l'observation de Monod, où cette disposition a été recherchée avec soin, on a pu constater que les éléments du cordon restaient groupés jusqu'au niveau de la tumeur, sous la partie inférieure de laquelle ils semblaient disparaître.

Pour corroborer le diagnostic, il est indiqué de rechercher la communication de la tumeur avec la grande cavité vésicale. Malheureusement c'est là un signe très incertain. Monod injecta 450 gr. d'eau boriquée dans la vessie, sans

pouvoir modifier la tumeur dans son volume ou dans sa tension. Il ne fut pas plus heureux au moment de l'opération ; et, comme Bœckel, il n'obtint la distension de la hernie qu'après le débridement de l'anneau inguinal.

— Pour nous résumer, disons que le chirurgien qui constate une hernie inguinale devra dans son interrogatoire, demander au malade, qui se plaint de la pression douloureuse de son bandage, s'il a présenté des troubles de la miction, ceux-ci d'ailleurs pouvant être variables.

L'attention éveillée par quelques-uns de ces signes, le chirurgien procédera à l'examen de la hernie. S'il constate une tumeur occupant la partie interne de l'anneau, pâteuse, plus ou moins ferme à la palpation, tumeur difficile à pédiculiser, souvent irréductible, sous laquelle les éléments du cordon disparaissent en groupe, il devra songer au lipome herniaire de la vessie, et compléter son diagnostic, au besoin, en recherchant la communication de la tumeur avec la grande cavité vésicale, soit au moyen du cathérisme avec une sonde métallique, soit à l'aide d'une injection poussée dans la vessie. Mais ce dernier signe étant incertain, il devra tenir le plus grand compte des caractères fournis par la palpation.

Il faut cependant avouer que malgré tout l'erreur est excusable, d'autant plus que des chirurgiens tels que : Lucas-Championnière, Berger, Duplay, Delorme, Reverdin, ont méconnu avant l'opération le lipome herniaire de la vessie. Il importe surtout, de le reconnaître, pendant l'opération.

CHAPITRE IV

Diagnostic pendant l'opération

§ 1. — *Considérations générales*

Après incision de la peau et des différentes couches fibreuses qui recouvrent la tumeur herniaire, deux cas peuvent se présenter à l'opérateur.

Où la hernie est mixte, c'est l'entéro-cystocèle ; ou la lipocèle vésicale est simple.

Ce dernier cas est le plus rare. En effet nous n'avons pu rencontrer, en outre de notre observation personnelle, que deux cas de lipocèle vésicale simple : celui de Monod, et celui de Berger.

Supposons qu'il y ait entéro-cystocèle, avec un sac péritonéal renfermant de l'intestin.

Dans ce cas, l'attention du chirurgien se portera immédiatement sur la hernie intestinale, qu'il cherchera à traiter par la cure radicale. Mais l'isolement du sac est plein de difficultés : libre dans sa moitié externe, il est adhérent dans sa moitié interne avec une masse graisseuse de volume, de forme, de consistance variables. Cette masse

graisseuse c'est la lipocèle qui dissimule un diverticule de la vessie.

Il s'agit, dans un autre cas, de lipocèle vésicale simple, ou d'entéro-cystocèle avec sac déshabité.

L'opérateur, après incision de la peau et des couches fibreuses, arrive sur une masse graisseuse bien limitée qui peut-être renfermée dans un sac celluleux très mince, et alors on croit avoir l'épiploon sous les yeux, ou qui est dépourvue de sac, et l'on songe à un sac péritonéal à parois épaissie et graisseuses.

Dans le premier cas, la vessie pourra être prise pour l'intestin ; dans le second, l'opérateur dilacère la masse graisseuse, pour y rechercher le sac qui doit contenir l'intestin. Le plus souvent il arrive qu'au cours de la dissection, la vessie est déchirée (Lucas-Championnière) ; d'autres fois, le diverticule vésicale sera considéré comme un sac péritonéal et traité comme tel.

§ II. *Le lipome*

H. Bourbon, dans sa thèse sur la cystocèle inguinale, dit, en parlant de la lipocèle vésicale signalée par Monod et Delagénère, que cette masse graisseuse n'est pas, comme le soutiennent ces auteurs, un lipome vrai. Cependant, si l'on s'en tient à la définition que Ranvier donne du lipome en général « une masse circonscrite de tissu adipeux, ayant jusqu'à un certain point une vitalité indépendante du reste de l'organisme », on ne voit pas pourquoi on refuserait le

titre de lipome à la lipocèle vésicale. En effet, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, la tumeur graisseuse est en général nettement circonscrite, et de plus très vasculaire. Par ces deux caractères, la lipocèle vésicale répond aux deux termes de la définition du Ranvier.

Le volume du lipome est variable. On l'a comparé à un œuf de poule, à une grosse noix. Parfois il peut être réduit à quelques flocons graisseux (Bœckel), et mériter avec peine la dénomination de lipome.

De forme globuleuse, le plus souvent, il simulait assez bien, chez le malade de Monod, la forme d'un chapeau de gendarme.

Dans ce dernier cas, l'autopsie l'a démontré, il était implanté près du bord latéral gauche de la vessie, sur la face antérieure. Chez l'opéré de Roux, on remarquait, à l'extrémité inférieure de la vessie, une masse graisseuse grosse comme une noix. C'est toujours sur la face antérieure, plus ou moins loin du bord latéral, que se trouve implanté le lipome. On s'explique bien, de cette façon, comment le diverticule de la vessie, dépourvu de péritoine, et entraîné par le lipome, est toujours peu considérable.

Le lipome est en général nettement circonscrit, facilement isolable : le doigt peut en faire aisément le tour. Monod, Reverdin, Delorme, dégagèrent, disent-ils, avec facilité cette masse graisseuse et purent la poursuivre jusque dans l'anneau inguinal, où elle se prolongeait par un pédicule également adipeux.

Cependant Berger trouva la lipocèle adhérente aux tissus voisins.

Il est de règle, lorsqu'il y a concurremment une hernie

intestinale, que le sac adhère à la masse grasseuse et à la vessie.

Le lipome se laisse mal pédiculiser ; cela se conçoit, étant donné qu'il est implanté par une base large sur la vessie qu'on attire forcément à l'extérieur, lorsqu'on exerce une traction sur le lipome.

La consistance du lipome est variable, en rapport avec la plus ou moins grande abondance de tissu fibreux. La masse grasseuse que nous rencontrâmes chez notre malade était constituée par une gangue fibreuse qui en rendait difficile la délacération.

Delorme, dans son observation fait ressortir que « la masse grasseuse était bien différente par sa consistance, de la graisse épiploïque. Elle était dense, emprisonnée dans des cloisons fibreuses courtes, relativement consistantes, et était bien plus vascularisée que la graisse péritonéale ».

La vascularisation est peut-être plus grande encore dans les formes de lipôme où le tissu fibreux est peu consistant.

Après incision de la masse grasseuse qu'il considérait comme de l'épiploon, Berger trouva une graisse molle, oedématiée, sillonnée de grosses veines thrombosées.

Le lipome herniaire est absolument distinct du sac péritonéal, auquel il adhère le plus souvent, comme nous l'avons dit, en dehors. Il n'est jamais enveloppé par le péritoine. Cette constatation est des plus importantes pour l'opérateur, qui arrive sur la masse grasseuse, sans avoir rencontré le péritoine.

Il peut exister cependant un sac celluleux très mince, tel que celui qui fut ouvert par Berger. D'où la nécessité

pour l'opérateur, de ne pas confondre ce sac très mince, avec un sac péritonéal. L'observation de Reverdin est très instructive à cet égard : « Après incision oblique de la peau, on arriva sur une masse graisseuse qui se prolonge dans le canal inguinal ; cette masse est d'abord prise pour de l'épiploon enflammé dans un sac très mince. Mais cette graisse n'a pas l'aspect de l'épiploon, et la mince membrane qui l'enveloppe n'a pas non plus l'apparence d'un sac. »

Ajoutons, pour compléter l'étude du lipome, qu'il est en rapport avec le bord interne de l'anneau inguinal, et que les éléments du cordon, comme nous l'avons déjà dit en parlant des signes physiques, au lieu d'être disposés en éventail sur sa face postérieure et très adhérents, comme il arrive dans les hernies intestinales, restent groupés et n'affectent avec le lipome que des rapports relativement éloignés.

Nous venons de décrire les caractères du lipome de la vessie. Ayant sous les yeux la masse graisseuse que nous avons décrite, située en dedans de l'anneau inguinal, dépourvue de sac, ou possédant un sac celluleux très mince, n'affectant pas de rapports directs avec les éléments du cordon, l'opérateur devra songer immédiatement à la vessie, et la rechercher.

§ 3. — *Caractères de la vessie herniée*

Il faut bien savoir que, dans tous les cas, il s'agit d'un petit diverticule de la vessie. Or ce diverticule se rencontre,

d'après les observations, à la partie inférieure du lipome, tantôt un peu en dehors, tantôt un peu en dedans.

On attirera en haut le lipome, et le diverticule vésical qu'il recouvre ne devra pas être confondu avec un sac péritonéal, ou avec l'intestin. Ses apparences sont souvent trompeuses.

Ainsi la vessie se présentait comme « une bosselure gris-noirâtre, tendue et fluctuante » dans l'observation de Berger ; et elle fut prise pour le cœcum.

Elle peut être d'aspect sérieux, comme elle l'était dans notre cas, et ceux de Duplay, Reverdin, Lucas-Championnière. Les parois du diverticule vésical sont alors amincies.

Hedrich, dans un mémoire très important paru dans la *Gazette de Strasbourg* sur la hernie de la vessie, dit que, le plus ordinairement, les parois de la vessie herniée sont hypertrophiées. « Cette hypertrophie nous a paru comprendre toutes les couches des parois vésicales, et non pas seulement la couche superficielle qui est constituée par de la graisse. »

Il semble, au contraire, que dans cette forme de cystocèle déterminée par le lipome que nous étudions, l'atrophie des parois vésicales, au niveau de la hernie, soit la règle. C'est du moins ce qui résulte de nos observations. Delorme écrit qu'il rencontra « une paroi musculaire atrophiée et fibroïde. »

Dans notre cas, le diverticule vésical était si aminci, que le chirurgien, réfléchissant, après l'opération, aux apparences du pseudo-sac qu'il avait ouvert, se demandait

s'il ne s'agissait pas tout simplement d'une hernie de la muqueuse vésicale.

N'est-ce pas d'ailleurs cet amincissement des parois qui permet d'expliquer la si grande facilité avec laquelle la vessie se déchire au cours de la dilacération du lipome ?

Prévenu de la minceur habituelle des parois de la portion de vessie herniée, le chirurgien devra rechercher avec d'autant plus de soin les fibres musculaires réticulées dont la présence permit à Delorme de reconnaître la vessie.

Attirant légèrement en bas le lipome, et remontant avec le doigt le long de la tumeur herniaire, il recherchera s'il est possible d'arriver ainsi derrière le pubis et de reconnaître sa continuité avec la vessie.

Enfin, il pourra s'assurer de la communication de la hernie avec la grande cavité viscérale, soit au moyen d'une sonde introduite dans la vessie, soit à l'aide d'une injection poussée dans cette cavité par le canal de l'urèthre.

Mais ces deux moyens, et en particulier le dernier, sont des moyens souvent infidèles, même au cours de l'opération. Monod et Bœchel ne purent arriver à distendre la hernie, qu'après débridement de l'anneau inguinal.

Si la vessie a été ouverte, soit par mégarde, soit qu'on l'ait prise pour un sac ; à quels signes reconnaîtra-t-on son erreur ?

L'écoulement d'un liquide d'odeur urineuse ne se produit pas toujours, après l'ouverture d'une cystocèle, mais on l'observe quelquefois. Ce liquide n'a pas toujours la couleur de l'urine. Berger, après émission de la vessie, vit s'échapper « un jet de liquide, limpide, rouge, sans gaz ; liquide identique à la sérosité d'un sac herniaire ».

Les parois de la vessie ouverte sont saignantes. Nous fûmes obligés, après l'ouverture du pseudo-sac constitué par la vessie atrophiée, d'appliquer deux pinces sur les parois pour faire l'hémostase.

Enfin, la muqueuse vésicale, tomenteuse, rouge, souvent violacée, est toute différente, par son aspect, de la paroi lisse d'un sac péritonéal.



CHAPITRE V

Rôle pathogénique attribué au lipome herniaire de la vessie, dans la production de la cystocèle inguinale.

Avant d'aborder le traitement, nous croyons utile d'exposer le rôle pathogénique attribué au lipome par Monod et Delagénère dans le mécanisme de la formation de la cystocèle primitive.

Pour expliquer la formation de la cystocèle primitive, on admettait généralement qu'une vessie devenue insuffisante par paralysie de ses fibres musculaires, et conservant avec la paroi abdominale, après évacuation imparfaite de son contenu, des rapports plus ou moins constants, avait de la tendance à faire hernie par l'orifice inguinal, sous l'influence des efforts pendant la miction, la toux, et par suite des contractions abdominales ou de l'abaissement du diaphragme qui à chaque inspiration déterminait une propulsion de la vessie. Monod et Delagénère soutiennent que ces causes multiples ne sauraient produire une cystocèle, si un point de la paroi antérieure de la vessie n'était fixé à la paroi abdominale au niveau de l'anneau inguinal.

Or, cet agent de fixité, c'est le lipome herniaire de la vessie.

A chaque effort de miction, un diverticule tend à s'engager avec le lipome, dans l'anneau inguinal. Le lipome constitue une amorce pour la vessie, au même titre que dans la pointe de hernie de l'intestin, le péritoine.

Progressivement la vessie s'engage dans l'anneau, sollicitée par le lipome. C'est, tout d'abord, un diverticule non recouvert par le péritoine ; plus tard les parties de la vessie recouvertes normalement par le péritoine s'engageront aussi ; de telle sorte que la vessie herniée, primitivement privée de sac, pourra, plus tard, être recouverte par le péritoine.

Et alors la séreuse constituera un petit cul-de-sac latéral, situé en dehors de la vessie, véritable sac herniaire, dans lequel pourront descendre les anses intestinales et l'épiploon.

Ces lésions évoluant, tantôt ce sera l'entérocele qui l'emportera, laissant la cystocèle à l'ancienne place ; tantôt au contraire la cystocèle fera surtout du progrès.

« Dans le premier cas, le sac herniaire se fera aux dépens du péritoine pariétal voisin, et la vessie paraîtra simplement adossée à un sac herniaire ordinaire.

« Dans le second cas on observera que le péritoine, après avoir recouvert la vessie herniée sur presque toute son étendue, se réfléchit sur lui-même pour se continuer avec le péritoine pariétal. Dans la cavité séreuse ainsi circonscrite, on rencontre souvent une anse intestinale.

L'apparence, dans ces vastes cystocèles est telle que la vessie semble s'être herniée dans un sac d'entérocele dans lequel elle aurait pénétré le sommet en avant (Hernie par bascule de Leroux).

CHAPITRE VI

Traitement

§ 1. — *Traitement de la lipocèle vésicale reconnue avant ou pendant l'opération*

Le seul traitement palliatif de la lipocèle vésicale consiste dans le port du bandage. Notre malade ne souffrait pas pendant la miction, quand le bandage était resté exactement appliqué sur l'anneau : mais il arrive un moment où le bandage ne peut plus être supporté, tellement la pression en est douloureuse.

Lucas-Championnière, dans son livre sur la cure radicale des hernies conseille l'opération pour tous les cas où la hernie n'est pas simple, ou bien quand elle est irréductible, incoercible, ou douloureuse.

Si l'on suit à la lettre les principes qui ont été posés par ce chirurgien, l'intervention sera souvent indiquée dans la lipocèle vésicule simple, où la douleur est presque constante, la contention par le bandage difficile, et l'irréductibilité fréquente.

On devra intervenir, enfin, dans tous les cas d'entéro-cystocèle.

La lipocèle vésicale, disent Monod et Delagénère, est une affection qui n'a aucune tendance à rétrocéder. De plus elle expose à des complications nombreuses.

Elle devient irréductible, et parfois la portion herniée contient des calculs vésicaux.

Par suite du développement progressif de la cystocèle, il peut arriver que les uretères étant entraînés hors du ventre (observation de Leroux, de Lurabrie), le malade succombe avec des phénomènes urémiques.

La cystocèle peut enfin s'accompagner d'accidents d'étranglement dus, soit à la constriction de l'intestin dans un entéro-cystocèle, soit à la constriction de la vessie elle-même. Ce sont là des cas urgents où le chirurgien aura la main forcée.

De quel traitement chirurgical est justiciable la lipocèle vésicale ? Faut-il se contenter de réduire en bloc lipome et vessie ? Vaut-il mieux essayer de décortiquer le lipome, puis de réduire la vessie sans l'ouvrir ? Doit-on, systématiquement réséquer, et le lipome, et la paroi vésicale sur laquelle il est implanté ?

Disons tout d'abord qu'il existe des contre-indications à l'opération de la lipocèle vésicale. Ce sont, outre l'âge avancé du malade, la pyélo-néphrite, le mauvais état des reins et toutes les affections qui rendent dangereuse une intervention chirurgicale. Et s'il existait de la cystite, non accompagnée de phénomènes d'étranglement, il serait indiqué, croyons-nous, de traiter la cystite avant l'intervention.

Delorme, à la première opération qu'il pratiqua, se contenta de réduire le lipome herniaire, et de suturer les piliers de l'anneau inguinal.

Deux ans plus tard, le malade revenait avec une récurrence, et la tumeur était plus volumineuse que la première fois.

La conduite de Delorme pourrait être imitée, cependant, dans le cas où des symptômes d'étranglement auraient forcé d'intervenir chez un malade dont les reins sont malades.

La décortication du lipome n'a pas été tentée jusqu'à présent ; mais cette manière de faire ne semble pas indiquée, en raison de l'atrophie habituelle de la paroi vésicale herniée, et de la déchirure presque fatale de la vessie au cours de l'opération.

L'opération de choix, radicale, consiste donc dans la résection du lipome et de la paroi sur laquelle il est implanté. C'est le conseil donné par Lucas-Championnière par Monod et Delagénière. Ces auteurs tracent ainsi le manuel opératoire :

« Après avoir donné à la peau les soins de propreté habituels, on pratiquera sur la tumeur, et à petits coups, une incision comme pour une cure radicale de hernie inguinale. On progressera lentement, et couche par couche, en saïssissant avec des pinces toutes les lamelles qui pourraient ressembler à un sac herniaire déshabité. Si l'on est ainsi conduit dans un sac véritable, comme il est advenu dans nos premières observations, il faudra l'isoler, le disséquer, puis l'exciser après avoir lié son collet le plus haut possible.

L'opération sera ensuite poursuivie comme dans notre troisième observation, où on se trouvait en présence d'une tumeur herniaire absolument privée de sac. Le chirurgien a donc affaire à un paquet graisseux plus ou moins volumineux, plus ou moins résistant. S'il a à traiter un sac herniaire, ce paquet graisseux se présentera en dedans et au-dessous du sac traité.

Ce paquet graisseux sera saisi avec les doigts, on cherchera à le pédiculiser, à reconnaître les rapports que ce pédicule affecte avec l'anneau inguinal ; enfin, si les présomptions en faveur d'une cystocèle inguinale s'affirment, on n'hésitera pas à introduire une sonde dans la vessie, à y injecter de l'eau boriquée, et au besoin, comme l'a fait M. Monod, dans notre troisième observation, à débrider l'anneau pour faciliter la pénétration de l'injection dans la partie herniée. On reconnaîtra alors que l'on a affaire à la vessie, et on se disposera à l'ouvrir et à en exciser une portion.

Cette partie de l'opération devra se faire méthodiquement. Nous supposons que la vessie est recouverte de son lipome herniaire, lipome qui doit être enlevé sur la portion correspondante de la vessie.

L'incision à travers le lipome sera poursuivie jusqu'à ce que le réservoir urinaire soit ouvert, circonstance dont on sera averti par l'écoulement du liquide à travers la plaie. Les bords de l'ouverture vésicale seront immédiatement saisis avec plusieurs pinces à pression confiées à un aide, et l'on procèdera sans désemparer à l'extirpation du lipome, ou plus exactement, à la décortication de la vessie.

Lorsque ce temps de l'opération sera terminé, on ouvrira largement la vessie pour en explorer la cavité, puis, avec des ciseaux, peu à peu, en appliquant à mesure des pinces sur les parois vésicales, on pratiquera l'excision d'une portion plus ou moins étendue de l'organe hernié en prenant garde aux uretères qui, dans les cystocèles volumineuses pourraient être entraînés hors du ventre.

Il va sans dire que dans les cas anciens de cystocèles, lorsque le canal de communication entre la vessie et la portion herniée est obstrué, il faut pratiquer l'excision de toute cette partie herniée.

La suture de la vessie devra être faite avec un soin particulier ; nous renvoyons pour les détails de l'exécution à nos premières observations. (Obs. II, V, VI).

Nous insisterons cependant sur la nécessité de multiplier le nombre des points de suture et d'en placer, à l'exemple de M. L. Championnière, trois plans superposés. Par le premier plan de sutures l'affrontement parfait des lèvres de la plaie vésicale est obtenu ; les deux autres sont seulement destinés à protéger le premier et à empêcher son tiraillement lors de la distension de la vessie.

Lorsque la vessie sera ainsi suturée, on la refoulera dans le ventre en arrière du pubis, puis on terminera l'opération en traitant les piliers de l'anneau et la plaie comme s'il s'agissait d'une cure radicale de hernie inguinale. La plaie doit être drainée avec soin pour le cas où il se ferait une transsudation d'urine par la plaie vésicale. »

Nous ne ferons à ce manuel opératoire qu'une petite remarque. Ne serait-il pas plus expéditif, au lieu d'enlever la vessie à petits coups, de tout enlever d'un seul morceau

après avoir appliqué, à la base du lipome, une pince qui servirait à la fois à faire l'hémostase préventive et à empêcher l'issue d'urine dans la plaie ?

§ II. *De la conduite à tenir, lorsqu'on ne s'aperçoit, qu'après l'opération, de la blessure de la vessie*

A quels signes reconnaîtra-t-on, après l'opération, qu'on a blessé la vessie ?

L'hématurie, quand elle existe, est un signe qui ne laisse pas place au doute. Mais on ne la trouve signalée que dans notre observation, celle de Deplay et celle de Demoulin où il est dit qu'on retira de la vessie un liquide sanguinolent. Cette hématurie fut très abondante chez notre malade, et le lendemain matin nous trouvâmes la vessie distendue par des caillots.

Elle s'accompagnait de douleur, et d'un besoin impérieux d'uriner. Ce dernier symptôme se trouve noté dans plusieurs observations.

Parfois, rien n'indique la blessure de la vessie immédiatement après l'intervention ; mais quelques jours après une fistule se forme, par où s'écoule plus ou moins longtemps l'urine. C'est ce qui arriva chez les malades de Berger, Lucas-Championnière. Reverdin.

Si la blessure de la vessie n'est que trop certaine, comme dans notre cas, faudra-t-il intervenir par une opération nouvelle, défaire les sutures, rechercher la

vessie, et pratiquer une suture en règle des lèvres de la plaie vésicale ?

Demoulin, ayant reconnu, après l'opération, qu'il avait blessé la vessie, fit une nouvelle intervention le lendemain.

Après incision, sur la ligne médiane, de la peau et de la ligne blanche, il arriva derrière le pubis, et parvint avec peine à relever la graisse prévésicale. Ayant senti les fils qu'il avait appliqués sur le pseudo-sac, il incisa transversalement le muscle droit du côté gauche, et détruisit une partie des sutures de la plaie inguinale.

Attirant la vessie en haut, il put constater que la plaie était parfaitement oblitérée par les fils qu'il y avait appliqués. Néanmoins il les enleva pour pratiquer une suture à trois plans des lèvres de la plaie vésicale.

Trois jours après la malade, qui avait très bien supporté la première opération, succombait avec des symptômes d'urémie.

Demoulin a publié, dans l'union médicale, un travail très intéressant où il étudie spécialement ce que l'on doit faire lorsque la lésion de la vessie, méconnue pendant l'opération, est reconnue immédiatement après l'intervention.

Dans ce travail, il passe en revue les observations de blessure de la vessie, et il montre quelles en ont été les suites. Tout d'abord il relève le peu de fréquence de la réunion immédiate, complète, de la plaie vésicale, même lorsqu'elle a été traitée par la suture à trois plans. Sur les 20 malades cités dans le mémoire de Lejars, 12 ont survécu. 9 fois la déchirure vésicale a été régulièrement

fermée dans toute sa longueur, et 2 fois seulement la cicatrisation s'est faite d'emblée, sans laisser de fistule, sans laisser de suintement urinaire.

« Voilà qui est bien fait pour ne pas nous engager, lorsque nous reconnaitrons une blessure de la vessie immédiatement après l'opération, à faire une nouvelle intervention pour appliquer une suture, pour remplacer une ligature par des points à l'aiguille.

« Qu'il y ait plaie de la vessie, perte de substance de cet organe, que la lésion soit ou non intra-péritonéale ; ce qu'il y a de frappant, c'est l'absence d'infiltration urinaire. Elle est facile à comprendre quand une ligature bien appliquée est restée en place, mais il est des cas où la ligature n'a pas tenu, où elle a été retrouvée à côté de la vessie, et, cependant l'infiltration n'a pas lieu.

Ce qu'on observe le plus souvent, c'est la formation d'une fistule urinaire qui, dans bien des cas, a été le premier signe révélateur d'une lésion de la vessie (Guelliot, Israël, Reverdin, etc.).

Sauf un cas, celui de Platner où la fistule a persisté, l'oblitération spontanée s'est toujours faite. »

Des faits cités par Demoulin, il résulte :

1^o Que l'intervention faite pour suturer la vessie, lorsqu'on s'est aperçu de sa blessure immédiatement après l'opération, peut :

A. Entraîner la mort (cas de Demoulin).

B. Ne pas empêcher la formation d'une fistule (cas de Jungengel).

2^o Que la suture de la vessie échoue le plus souvent.

Que si on n'intervient pas, il se forme généralement

une fistule urinaire, dont le pronostic est absolument favorable.

Dans notre cas, il n'y a même pas eu de fistule. Le malade a eu de la cystite que nous avons traitée par les lavages boriqués, la térébentine, le benzoate de soude; et il est sorti absolument guéri.

Nos conclusions sont conformes à celles de Demoulin. Lorsque la blessure de la vessie aura été reconnue immédiatement après l'opération, il faudra drainer, mettre une sonde à demeure, et ne point faire de laparatomie.

S'il y a cystite, on la traitera par des lavages à l'eau boriquée, en ayant soin de ne pas injecter une trop grande quantité de liquide : il y a lieu de craindre, en effet, la désunion de la plaie.



CONCLUSIONS

1. Une tumeur ancienne, douloureuse, s'accompagnant de troubles urinaires, occupant la partie interne de l'anneau, pâteuse et ferme à la palpation, sous laquelle les éléments du cordon disparaissent en groupe, doit faire soupçonner au chirurgien un lipome herniaire de la vessie.

La communication de la tumeur avec la grande cavité vésicale ne pourra pas toujours être mise en évidence à l'aide d'une injection par le canal de l'urèthre.

2. Quand le chirurgien rencontrera, au cours d'une cure radicale, la masse graisseuse que nous avons décrite, dépourvue de sac, ou renfermée dans un sac celluleux très mince, n'ayant pas les caractères du péritoine, il devra rechercher avec soin la vessie, dont un diverticule est le plus souvent situé à la partie inférieure, un peu en dehors ou un peu en dedans de la masse graisseuse.

3. La portion de vessie herniée est petite. Ses parois sont en général très amincies, atrophiées, ce qui explique la déchirure facile au cours de la dissection. Pour la reconnaître, l'opérateur devra rechercher ses fibres musculaires réticulées, et s'assurer de sa communication avec la grande cavité vésicale, au moyen d'une injection poussée par l'urèthre, après débridement préalable, au besoin, de

l'anneau inguinal, ou simplement à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie.

Il devra introduire le doigt, guidé par la masse herniaire, et chercher à atteindre le pubis, pour s'assurer de la continuité de celle-ci avec la vessie.

4. A moins de contre-indications motivées par le mauvais état des reins, il faudra intervenir chirurgicalement. L'opération consistera dans la résection du lipome et des parois sur lesquelles il est implanté, puis dans la suture à trois plans de la plaie vésicale.

5. Si le diverticule de la vessie a été traité comme un sac herniaire, et si l'on ne s'aperçoit de son erreur qu'après l'opération, on se contentera de drainer la plaie inguinale, si on ne l'a pas fait déjà, et de mettre une sonde à demeure dans la vessie.

Des lavages de la vessie ne seront pratiqués que dans le cas de cystite, et on aura soin de n'injecter qu'une faible quantité de liquide, dans la crainte qu'une distension trop grande de la vessie ne provoque la désunion de la plaie.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GUYON.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Duchaussoy. — Bulletin de la Société anatomique de Paris. 1853.

Delagènière. — Pathogénie et traitement de la cystocèle inguinale. Archives provinciales de chirurgie, Paris, 1896.

Delorme. — Opéré de cystocèle inguinale avec épiplocèle. Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie. Paris, 1894.

Duplay. — Traité de chirurgie.

Laue. — Extra péritonéal vésical hernia. Lancet, London, 1894.

Kummer. — Hernie vésicale découverte au cours de l'opération radicale d'une hernie inguinale ; laparotomie, guérison. Revue médicale de la Suisse romande. Genève, 1892.

Justo. — Sur la curation radical de la hernia de la vijiga. Rev. soc. méd. Argent. Buenos-Ayres, 1892.

Demoulin. — De la conduite à tenir dans les lésions opératoires (plaies, résection). De la portion extra péritonéale de la vessie herniée seule ou avec l'intestin ; en particulier de ce que l'on doit faire lorsque la lésion méconnue pendant l'opération est reconnue immédiatement après l'intervention. Union médicale, Paris 1893.

Guelliot. — Cystocèle inguinale : diagnostic et traitement. Congrès français de chirurgie, 1889.

Hédreich. — Remarques pratiques sur le diagnostic et le

traitement de la cystocèle inguinale rencontrée au cours d'une kélotomie. Gazette médicale de Strasbourg, 1890.

Delagènière. — Cystocèle inguinale, cure radicale. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1889.

De la Barrière. — Thèse de Paris, 1881.

Duret. — Thèse d'agrégation, 1883.

H. Bourbon. — Thèse de Paris, 1889.

Monod et Delagènière. — Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale. Revue de chirurgie, Paris 1889.

Thigpen. — Successful operation for cystocèle. Méd. Rev. Philadelphie, 1887.

Aue. — On hernia of the Bladder. Chir. vestnick. St-Pétersbourg, 1890.

De Larabrie. — Observation de cystocèle inguinale primitive. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1881.

Leroux. — Note sur la cystocèle inguinale. Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, Paris 1880.

Lucas-Championnière. — Cure radicale des hernies, 1892.

Reverdin. — Revue médicale de la Suisse romande, 1890.

